Dr. Alberto López Hermosa.

INFECCION PUERPERAL

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU

PATOGENIA Y TRATAMIENTO

INFECCION PUERPERAL

DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE SU

PATOGENIA Y TRATAMIENTO

POR EL

DOCTOR ALBERTO LOPEZ HERMOSA

PROFESOR DE CLINICA DE OBSTETRICIA
EN LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR
SOCIO TITULAR DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Y DE LA

SOCIEDAD MEDICA PEDRO ESCOBEDO.

Primo non nocere.



MEXICO.

TIPOGRAFIA ECONOMICA.

AVENIDA ORIENTE A 2 NUM. 324.
ANTES CAZUELA 1.

1903

LA infección puerperal, designada también actualmente con la denominación de septicemia de las mujeres paridas, ha sido, desde el período más embrionario de la medicina, bien conocida clínicamente, pero su patogenia fué por mucho tiempo completamente ignorada. Así vemos que desde Hipócrates hasta fines del siglo XVII se denunciaba como causa de esta afección, que entonces se llamaba fiebre puerperal, la supresión de los loquios: es decir, que el efecto era tomado por la causa.

Por error análogo de raciocinio, Puzos, que había observado que la disminución y á veces la supresión de la secreción láctea coincidía con la aparición de los accidentes febriles, ideó la teoría de la metástasis lechosa. Según él, la leche se distribuía en todas las regiones del cuerpo y determinaba la calentura.

A fines del siglo XVIII, nació la teoría anatómica, seguramente más científica pero no más verdadera; y sus primeros partidarios localizan en la serosa peritoneal el sitio primitivo de la afección, sosteniendo que las otras manifestaciones que tan frecuentemente se observan, son únicamente complicaciones de la peritonitis.

Un poco más tarde Dance, Behier, Pourtier y Hervieux, aseguran haber encontrado manifestaciones inflamatorias y aun pus en las venas del útero y consideran á la flebitis uterina causa principal de los accidentes puerperales.

Tonele, en 1830, muestra alteraciones en los linfáticos y cree que la linfangitis desempeña el papel principal en la patogenia de la fiebre puerperal. Esta teoría ha sido sostenida con convicción por Nonat, Cruveilhier, y aun muy recientemente por J. L. Championier y Siderey.

En todos los tratados clásicos de partos se menciona la célebre discusión sostenida en 1858 por los miembros más caracterizados de la Academia de Medicina de París, quienes se dividieron en dos bandos: esencialistas y localizadores. Los primeros,—al frente de los cuales figuraron Paul Dubois y Depaul—sostenían que la fiebre puerperal era debida á una influencia exterior primitiva, que ejercía desde luego su acción sobre la sangre y consecutivamente dirigía sus ataques á la economía entera, especialmente á los órganos predispuestos—entre los cuales se cuentan el aparato genital y el peritoneo,—ocasionando una intoxicación general por *tifisación* del medio sanguíneo y reacción morbosa de los órganos. Los localizadores—representados por Bouilland, Cruveilhier, Cazeaux, Jacquemier, Legroux, Velpeau, Piorry y Beau, —sostuvieron que la lesión local constituía toda la enfermedad. Esta acalorada discusión proporcionó á la ciencia la ventaja de atraer, hacia tan importante asunto, la atención de los sabios de todos los países, quienes entonces empezaron á entrever la naturaleza contagiosa de la enfermedad.

Vinceland, en 1846, habla ya del contagio de los accidentes puerperales y Semelweis trae como resultado de su sagaz observación, la prueba inequívoca de esta contagiosidad que demuestra por la experimentación fisiológica. Consiste esa experimentación en inocular con escurrimiento loquial, provenido de mujeres atacadas de septicemia puerperal, la vagina de perras y conejas recién paridas. Los resultados fueron constantemente positivos.

Tarnier en 1857, desconociendo las investigaciones precedentes, asegura que la fiebre de las paridas es eminentemente contagiosa y epidémica. En 1858, Trousseau realizó un verdadero progreso en esta cuestión de patogenia, comparando los accidentes infecciosos de la puerperalidad á los de la septicemia quirúrgica y aceptando su identidad.

A partir de esta época, sólo queda por descubrir el agente productor, que en 1879 encuentra el inmortal Pasteur, mostrando

el cuerpo del delito, como se dice en términos jurídicos, el cual, como es bien sabido, lo es en este caso el *estreptococo piógeno*, microbio que llegó á aislar, á cultivar y que se considera desde esa fecha como el agente principal de las infecciones puerperales.

Bien demostrada la naturaleza infecciosa de tan temible enfermedad, queda seguramente realizado el humanitario ideal con tanto ahinco buscado por los tocólogos de todas las épocas, de poner á las puérperas al abrigo de los accidentes puerperales, que revistiendo ya la forma epidémica, ya la endémica, han ocasionado tantas víctimas. Y seguramente que es digna de todo elogio la incomparable constancia que han venido desplegando los más autorizados tocólogos, desde la época de Hipócrates hasta la del inmortal Pasteur, para encontrar la verdadera causa de una enfermedad que ha sembrado la muerte y la desolación en incontables hogares, arrebatando preciosas existencias en los momentos culminantes de la vida, como son indudablemente en la mujer, aquellos en que da á luz el hijo, concebido y llevado durante nueve meses en sus entrañas; actos fisiológicos todos estos que constituyen la plenitud de su existencia y que fueron, sin duda alguna, más sabiamente estimados y dignificados en los tiempos primitivos que en los nuestros de corrupción y de la falsa pudicicia que ésta trae consigo, según lo demuestran los antiquísimos ritos simbólicos con que se celebraba la renovación de la vida en la Naturaleza en el fondo de los Misterios, ritos contaminados posteriormente con un obsceno y ultrajante sensualismo.

Demostrada la naturaleza parasitaria de la septicemia puerperal y bien conocidos los principales microorganismos que la producen, nada más lógico que impedir que éstos invadan el organismo de nuestras puérperas, poniéndolas al abrigo de tan temible y trascendental invasión bacteriana. A nosotros nos toca la inmensa satisfacción de contemplar los grandes beneficios que recibe la humanidad como consecuencia de uno de los descubrimientos con que el inmortal Pasteur dotó á las ciencias biológicas.

Una vez conocida la patogenia de la infección puerperal, tenemos sólida base en que fundar su tratamiento racional. Este asunto, á partir de las demostraciones de Pasteur, viene siendo el objeto de numerosas investigaciones y de importantes trabajos, que no os describiré por no abusar de vuestra benévola cuanto

ilustrada atención y sólo expondré ante esta ilustrada Academia el método que empleo tanto con mi clientela particular como en el servicio de Maternidad que tengo á mi cargo como profesor, en ejercicio, de Clínica de obstetricia.

*
* *

Podemos definir la septicemia puerperal según las ideas expuestas: una afección propia del puerperio, debida á la infección por determinadas bacterias patógenas en las heridas ocasionadas por el traumatismo del parto, que una vez posesionadas en estas superficies cruentas, especialmente de la ocasionada por el desprendimiento de la placenta, penetran á los demás tejidos del organismo ó tan sólo lo envenenan por la acción de sus toxinas. Hay en efecto entre estas bacterias patógenas, algunas que tienen la propiedad de penetrar directamente en los tejidos, y otras que obran únicamente por las propiedades tóxicas de sus secreciones, que incorporadas al torrente circulatorio, ocasionan la intoxicación del líquido vital.

En la actualidad no sería posible establecer alguna distinción entre la infección puerperal debida exclusivamente á la reabsorción de las toxinas y la que resulta de la penetración de las bacterias sépticas en los tejidos del organismo. Pero sí está bien demostrado que cuando cierto número de bacterias patógenas que en seguida señalaré, se ponen en contacto con las mucosas vulvar, vaginal, cervical ó uterina—las cuales se hallan más ó menos traumatizadas por el trabajo del parto,—se despierta ó se aumenta su virulencia. De estas mucosas, la del cuerpo del útero se presta más fácilmente á ser invadida, quizá porque allí se encuentran los elementos de la caduca, destinados á ser eliminados, y es bien conocida la influencia que los saprofitos de la necrosis ejercen sobre la actividad de las reproducciones microbianas. Depositados sobre la mucosa vulvo-vagino-uterina, los microbios y sus toxinas penetran á los vasos linfáticos ó venosos y llegan al tejido celular periuterino, al peritoneo y aun suelen invadir la economía entera.

Los microorganismos considerados en la actualidad productores de las infecciones puerperales, son:

El estreptoco piógeno.
El estafilococo dorado piógeno.
El estafilococo blanco idem.
El vibrión séptico.
El bacilo coli-común.
El neumococo.
El gonococo de Neisser.
El bacilo de Loeffler.

Está aceptado generalmente que el vibrión séptico es el agente especial de las formas gaseosas de septicemia, que suelen principiar durante el trabajo de parto, ocasionando la fisometría, formas que se caracterizan por la producción de gases en diferentes vísceras, hígado, riñones, bazo, &c., y desarrollo de gases, determinado directamente por embolías sépticas que provienen de la matriz.

La infección diftérica producida por el bacilo de Loeffler, que en verdad es muy rara y que cede á la seroterapia por el suero de Behering ó de Roux cuando éste es empleado con oportunidad, no debe confundirse con la vulvo-vaginitis de los autores antiguos que, como es bien sabido, la produce el estreptococo piógeno.

He enumerado los principales microorganismos que originan la infección puerperal, pero creo necesario recordar que en clínica las cosas se presentan con menos simplicidad y con frecuencia al practicar el examen bacteriológico del escurrimiento loquial recogido de las mujeres infectadas, se encuentran varios microorganismos asociados, originándose de esta asociación las infecciones mixtas. La experiencia tiene ya demostrada la gravedad que revisten estas infecciones mixtas, en las que, unos microbios desempeñan, con relación á los otros, un importante papel en la exaltación de su virulencia. Así por ejemplo, si se inyecta un conejo ya atacado de coli-bacilosis, cultura de estreptococo, el animal muere rápidamente, determinando su violenta muerte la exaltación recíproca de la virulencia de ambos microorganismos. Esta experiencia, fácil de reproducirse, nos da la explicación de algunos casos de muerte rápida observados durante el puerperio cuando ha habido infección determinada por asociación micro-

biana, y demuestra, por sí sola, la gran importancia de la antisepcia en obstetricia. Es en efecto un deber ineludible en todo tocólogo, evitar, no tan sólo la *estreptocoquemia*, sino la penetración de todo otro microbio susceptible de agravar una infección preexistente; infección que quizá habría quedado localizada y en tal virtud susceptible de dominar y que se ve agravar por la reinfección.

Designados ya los microbios patógenos, considerados en la actualidad como productores de las infecciones puerperales, debemos recordar que, en la generalidad de los casos, suelen ser éstos llevados á la vagina ó hasta la cavidad uterina, á las cuales el traumatismo producido por el paso forzado del feto al través del conducto útero-vagino-vulvar ha dejado en propicio estado de receptividad: este hecho constituye la *hétero-infección.* En casos excepcionales la mujer lleva ya en su organismo los agentes infecciosos que adquieren ó exaltan en virulencia con motivo del traumatismo obstetrical, y en estos casos se asiste á la *auto-infección.*

Jamás debemos olvidar que la hétero-infección ha sido la causa que ha dado origen á las infecciones puerperales, bastándome para dejar demostrada esta indiscutible verdad, el comparar las estadísticas formadas en los servicios de partos, en épocas anteriores y posteriores á la antisepcia. Se ve en ellas que ha declinado de una manera asombrosa, no tan sólo la mortandad, sino aun el número de puerperios patológicos, á partir de la época en que se ha hecho obligatoria la desinfección de las manos del personal encargado de la asistencia de las parturientas, médicos, parteras, practicantes, &c., la esterilización de los instrumentos, compresas, algodón, ropa, &c., destinados al uso de las mujeres durante el parto y el puerperio, y la instalación adecuada, de conformidad con las exigencias de la higiene moderna, de los establecimientos destinados á este noble objeto de beneficencia, al cual consagran tanta atención los gobernantes ilustrados y filántropos.

Es cosa bien sabida que los dedos sépticos han sido el principal medio conductor de la infección al practicar el tacto vaginal y también está bien establecido que la piel de estos dedos contiene, bajo las laminillas epidérmicas superficiales y

en los canales glandulares, un gran número de gérmenes patógenos, entre los cuales se menciona el estreptococo y el estafilococo, que al ser sembrados en la mucosa vaginal de la mujer en trabajo de parto ó durante el puerperio, exaltan su virulencia por las condiciones tan especiales como favorables para su cultura, que en esta época les presenta toda la mucosa del canal útero-vaginal. Pero claramente se concibe que estos dedos serán más nocivos cuando han estado en contacto con cuerpos sépticos. De aquí el consejo á los médicos consagrados á la práctica obstétrica de abstenerse de manejar los productos contaminados.

Bien sabido es que los loquios sépticos, ocasionaron esas terribles epidemias que fueron por tantos años el azote de las Maternidades y la desolación de las familias al ir sembrando las bacterias sépticas, de vagina en vagina, los dedos de los parteros, parteras ó practicantes que tuvieron á su cargo los servicios destinados á la asistencia de las mujeres, en épocas anteriores á la antisepcia actual. Basta examinar con el microscopio una gota de esos loquios para reconocer el número considerable de bacterias que contiene, y concebir después, por medio de un cálculo muy sencillo, las que el dedo recogería en esas vaginas infectadas, al practicar el tacto, y que llevaría en seguida á depositar en el canal vaginal de otra mujer en trabajo. El resultado de estos transportes microbianos, fué durante largo tiempo el pasaporte á la eternidad, expedido con espantosa frecuencia en los establecimientos que la beneficencia pública abría á las madres menesterosas, precisamente con el objeto de librarlas de los peligros del parto cuando éste se verifica en el descuido y el abandono. Hoy la ciencia moderna ha previsto y corregido aquel terrible mal, rodeando á esas madres desheredadas de todas las medidas de la antisepcia más perfecta y asegurándoles en lo posible la vida donde antes encontraban la muerte.

Pero si por regla general los accidentes puerperales infecciosos son debidos á la hétero-infección, suelen también, aunque excepcionalmente, ser ocasionados por la auto-infección, determinada en este supuesto por bacterias patógenas, que habiendo vivido en el estado de saprófitos hasta antes del trabajo del parto, ya sobre la piel de los órganos genitales externos, ya en la

mucosa del canal genital, adquieren virulencia en grado variable, según la naturaleza del agente infeccioso, el estado de la mujer, etc., é invaden el organismo á través de las superficies cruentas que en este conducto ha dejado el traumatismo obstétrico y muy especialmente la herida que deja el despegamiento de la placenta.

La infección puerperal debida al *gonococo de Neisser* y que tiene por punto de partida la gonorrea uretral, vaginal ó cervical ya existente en el momento del parto, no debe considerarse entre las infecciones autógenas, porque es bien conocido que este microorganismo jamás existe en estas regiones en el estado de saprófito. Se trata evidentemente en este caso del curso de un proceso infeccioso que ya existía en el organismo.

Para Monge y Wronig no puede haber infección autógena ocasionada por el estreptococo piógeno, por el bacterio coli-común, por el gonococo de Neisser, por el bacilo de la difteria, ni por el diplococo neumónico, supuesto que no viven estos micro-organismos en el estado de saprófitos en las secreciones vaginales de las mujeres embarazadas.

Pero las bacterias patógenas que en el estado de saprófitos se encuentran en la piel de los órganos genitales externos, pueden ser trasportadas después del parto hasta la cavidad uterina, por los dedos del médico ó partera, por las sondas intrauterinas, por el forceps ó cánulas vaginales, etc., que al frotar dichas regiones se apoderan de ellas, y si no se ha realizado previamente su antisepcia, es evidente que en el nuevo medio en que van á encontrarse, adquirirán virulencia y podrán determinar accidentes infecciosos. Apoyados en la observación clínica, se puede aseverar que esta infección autógena es de pronóstico menos grave que la heterógena.

Por lo expuesto se ve, que la infección puerperal autógena atribuida á bacterias que hayan vivido en estado saprofitario en el canal cervical, en la cavidad del cuerpo de la matriz ó en el canal tubario, no es de admitirse, supuesto que estos órganos jamás contienen micro-organismos en este estado.

Una mujer que presenta alguna infección peri-uterina antes del embarazo, salpingitis ó pelviperitonitis, suele, con motivo del parto, ser atacada por accidentes de infección aguda ocasio-

nada por los micro-organismos productores de esas afecciones, micro-organismos que han adquirido mayor grado de virulencia, en este supuesto, por el traumatismo puerperal. En este caso, fácil en verdad de presentarse á nuestra observación, ¿se trata de una verdadera auto-infección.....? Seguramente que no, pues en realidad sólo nos encontramos frente á una reincidencia de infección antigua. Doleri las llama, y con sobrada razón, infecciones inevitables.

La verdadera auto-infección consistiría en que los saprófitos de la vagina llegaran á adquirir virulencia por el traumatismo del parto, y una vez transformados en microbios patógenos, produjeran accidentes infecciosos, pero ya hemos visto que para autorizados bacteriologistas, los micro-organismos considerados como agentes productores de las infecciones puerperales, no se encuentran en estado de saprófitos en las secreciones vaginales de las mujeres grávidas. De aquí que la auto-infección sea sólo admitida como hecho excepcional, y que las hetero-infección sea señalada como causa que origina la generalidad de las septicemias puerperales.

Sin duda alguna la literatura ginecológica nos presenta raras pero auténticas observaciones de infección de la mucosa uterina durante la gestación, en las cuales los microbios que las han producido existían quizá desde antes de la fecundación, ocasionando la *endometritis desidual*. Pero repito, estos hechos son la excepción.

Recordaré también que los fibromiomas submucosos que ocasionan la endometritis fungosa ó hemorrágica, así como el cáncer del cuerpo del útero, deben ser considerados como causas de infección de la cavidad uterina, susceptibles de producir accidentes infecciosos con motivo del puerperio.

La cavidad del útero en estado fisiológico no contiene gérmenes durante el embarazo, lo que no impide, sin embargo, que microbios patógenos desarrollados en órganos vecinos, puedan llegar á invadir sus paredes. Suele también observarse el hecho de que en casos de infección general se produzca una localización microbiana en el útero por intermedio del torrente circulatorio, y esta complicación genital se puede presentar durante las infecciones escarlatinosa, erisipelatosa, neumónica, etc., si éstas atacan á la mujer durante el puerperio. Pero donde estos accidentes son es-

pecialmente de temerse, es en la gripa, afección que como es sabido, se acompaña, con no poca frecuencia, de infecciones secundarias de estafilococos, de neumococos, de estreptococos y de coli-bacilos que invaden la economía y pueden llegar á localizarse en la matriz. Por esta razón la gripa es de pronóstico grave durante el puerperio.

Según Doleri, los microbios que invaden el útero por la vía venosa y que provienen de algún foco infeccioso localizado fuera del aparato genital, adquieren, al instalarse en las paredes uterinas una virulencia extraordinaria.

Para Chantemesse, las mujeres que tienen microbios en la sangre, por una causa cualquiera, con frecuencia por una erisipela anterior ó por un ataque de diviesos, suelen ser atacadas, al tercero ó cuarto día del parto, de accidentes infecciosos muy graves. Es evidente que en este supuesto la desgarradura de los senos uterinos, ha permitido la llegada hasta la cavidad de la matriz, de esos microbios que una vez sembrados en la caduca, forman un foco donde se desarrollan y refuerzan su virulencia, supuesto que se encuentran al abrigo del oxígeno y en tal virtud menos expuestos á la *fagositosis.* Si en estas nuevas condiciones volviesen á invadir el torrente circulatorio, la reinfección sanguínea tiene que ser más grave y en razón directa con el número y grado de la virulencia adquirida.

Debemos sin embargo convenir en que estas vías de infección puerperal son verdaderamente excepcionales y que deben considerarse no como auto-infecciones, sino como reinfecciones.

Si la auto-infección es en realidad excepcional en las mujeres cuyos órganos genitales no presentan alteración, puede producirse cuando el conducto vagino-uterino está herido por alguna afección susceptible de infectarse. Así por ejemplo, el cáncer del cuello de la matriz, que suele ocasionar una endometritis gravísima, con mayor razón puede determinar la infección uterina durante el puerperio. Este mismo temor deben inspirar las supuraciones peri-vaginales.

Que las bacterias patógenas sean llevadas por las personas que asisten á la parturiente, lo que es frecuente, ó que provengan de la mujer—hecho que como hemos visto es excepcional,—una vez puestas en contacto con la herida placentaria, van á determinar

accidentes infecciosos bajo formas clínicas diferentes, según su naturaleza, su número y su grado de virulencia, á veces tan ligeros que sólo se revelan por síntomas benignos y pasajeros, y á veces de suma gravedad y con un cortejo de signos generales muy alarmante.

La infección se debe á la penetración directa de los microbios patógenos ó bien á la de las toxinas que estos fabrican.

En la infección benigna ó localizada, la presencia de los microbios determina una reacción leucocitaria en el lugar en que han sido depositados, que protege á las capas profundas del tejido uterino y estas celdillas, por reacción, reaccionan, aprisionan á los microbios impidiendo su propagación; ó bien neutralizando el efecto de sus toxinas, tanto en el cuerpo mismo del leucocito, como á distancia; siendo debida esta acción neutralizante, á la secreción propia de estos fagocitos. En mayor gravedad, la reacción fagocitaria es insuficiente y las bacterias en número muy considerable ó dotadas de gran virulencia, traspasan la línea de defensa, penetran en la economía, siguiendo la vía linfática ó venosa, y originan una infección generalizada.

De todos los microbios productores de las infecciones puerperales, el estreptococo es el que posee en mayor grado la propiedad de penetrar los tejidos é invadir el torrente circulatorio, pues los otros micro-organismos más bien muestran tendencia á localizarse. Los síntomas generales que acompañan á la infección local que éstos determinan, son debidos á la absorción de sus toxinas. Sin embargo, no debemos olvidar que bacteriologistas dignos de crédito, han observado infecciones generalizadas de estafilococos, de coli-bacilos y aun de gonococos.

Debemos siempre tener presente que el conducto útero-vagino-vulvar de las mujeres recién paridas, es un excelente terreno para el desarrollo de los agentes infecciosos. De aquí que, si estos llegan á invadirlo, puedan producir accidentes graves y no pocas veces mortales, si no se logra su destrucción ó esterilización por terapéutica activa, racional y, antes que todo, oportuna.

Supuesto que la mucosa del cuerpo del útero, donde se hallan los elementos de la caduca destinados á la eliminación, es á la vez el sitio de la herida que deja la placenta, siempre sembrada de numerosos senos abiertos, á partir del momento en que se ha ve-

rificado su desprendimiento, senos que ponen directamente en comunicación la cavidad uterina con el sistema venoso, claramente se comprende que por esta superficie cruenta es por donde penetra los agentes infecciosos. Es decir, que la parte de la caduca inter-útero-placentaria es la región primeramente ocupada por la invasión microbiana, de donde se extiende al resto de la mucosa uterina, que en esos momentos se halla en plena actividad de formación. En otros términos, la endometritis infecciosa es la primera manifestación de las infecciones puerperales y hacia esta mucosa transformada en foco séptico, es á donde debemos dirigir toda la atención terapéutica, con el objeto de destruir la pléyade de agentes morbosos, antes de su multiplicación.

Se ve, por lo expuesto, que es de inmensa importancia hacer el diagnóstico de la infección puerperal con toda oportunidad; es decir, lo más próximamente posible, al principio de la invasión microbiana, para que por tratamiento apropiado se desembarace el útero, sin pérdida de tiempo, de los gérmenes nocivos que lo hayan invadido. Obrando con actividad, quizá se logre evitar la generalización de la infección, realizando la limpia absoluta de toda la cavidad uterina y la esterilización de la mucosa vagino-vulvar, por adecuada intervención, conforme á la técnica que más adelante describiré.

Un diagnóstico exacto, y en los primeros momentos de la invasión microbiana es la mejor garantía á que deben aspirar las puerperas que han tenido la fatalidad de ser infectadas, y afortunadamente la sintomatología que caracteriza á los puerperios infecciosos, es bien conocida de los prácticos, familiarizados con esta especialidad. Por este motivo y para no dar á esta memoria exageradas dimensiones, no mencionaré todas sus manifestaciones sintomáticas y sólo recordaré que las que más generalmente la denuncian son: los escalofríos más ó menos violentos y prolongados; la frecuencia del pulso, la elevación de la temperatura, los dolores abdominales espontáneos ó provocados por la palpación; las modificaciones en el aspecto, olor, naturaleza y cantidad del escurrimiento loquial, anorexia, náuseas, constipación ó diarrea abundante y fétida, meteorismo, etc. Pero sí deseo insistir acerca de la importancia que realmente tiene la exploración de la cavidad uterina.

Empezaré por recordar que en los puerperios fisiológicos, la matriz se retrae lenta pero progresivamente y después de algunos días el orificio interno del cuello se cierra y sólo se lograría penetrar por él ejerciendo alguna violencia. En cambio, cuando la mucosa uterina se infecta, se relaja el anillo constrictor que forma el orificio interno y sin violencia alguna penetra el dedo á la cavidad del cuerpo, porque las fibras musculares de esta región se han relajado á la vez. Al penetrar el dedo, encuentra la cavidad de la matriz ocupada por coágulos, por colgajos de membranas y, no pocas veces, por cotiledones placentarios, todo esto en estado de descomposición, que impregna el dedo, de un olor fétido.

La penetrabilidad anormal del útero es, pues, un signo de gran importancia para establecer un diagnóstico oportuno. Si el orificio interno se encuentra cerrado á partir del quinto día, aun cuando la mujer presente accidentes febriles, se puede aseverar que no hay infección uterina.

Este hecho clínico, que he comprobado frecuentemente en el servicio de Maternidad que tengo á mi cargo, lo he hecho observar á los alumnos que concurren á la clínica de obstetricia. También he hecho que lo ratifiquen, la ilustrada Profesora Doña Concepción Fernández, Partera en Jefe del expresado plantel y mi aventajado interno Don Melchor Santos Grande, ambos muy familiarizados con la práctica obstétrica. No vacilo, por lo tanto, en sostener la importancia de este signo para conocer en tiempo hábil la infección de la mucosa uterina.

El dedo que ha penetrado fácilmente en la cavidad de la matriz, puede encontrarla ocupada únicamente por coágulos sanguíneos en estado de putrefacción; puede también tropezar con colgajos de membranas ó con algunos fragmentos de cotiledones placentarios en igual estado de descomposición, ó notar signos evidentes de infección de la mucosa.

En el primer supuesto y dada la apreciación del buen estado del endometrio, que debe presentar un aspecto liso en casi toda su extensión y sólo algunas desigualdades y aun mayor firmeza y resistencia en la región que corresponda á la inserción de la placenta, basta para obtener un descenso rápido y permanente de la temperatura, el cerramiento del cuello y en una palabra la curación definitiva, substraer todos los coágulos alterados y hacer

una ó más inyecciones intrauterinas abundantes, con un líquido antiséptico adecuado. Referiré tres hechos que vienen en apoyo de esta verdad.

OBSERVACION PRIMERA.

T. Luna, de 28 años, multípara ha tenido tres partos que se verificaron espontáneamente, á término, y seguidos de puerperio fisiológico. Al octavo mes de su actual embarazo pierde inesperadamente líquido amniótico, con motivo de un esfuerzo que hace para levantar un niño de ocho meses. Desde el día siguiente, siente dolores de parto que, á pesar de su intensidad y frecuencia, no determinan la expulsión del feto, é ingresa por esta razón á la Maternidad el día 7 de Octubre del año antepasado, á las 10 a. m. Una hora después de su ingreso á la sala de trabajo, la examino, adquiero la certeza que se halla embarazada; que el embarazo es simple é intrauterino; que está en el octavo mes de la gestación; que el feto está aún vivo y que se presenta longitudinalmente con el polo cefálico extendido, apenas empezando á encajarse en el estrecho superior y con el diámetro occipito-mentoniano conjugándose con el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis. La región frontal corresponde á la eminencia ilio-pectina izquierda y la región mentoniana dirigida hacia la sínfisis sacro-ilíaca derecha de la madre. Queda muy poco líquido amniótico y como el cuello del útero está suficientemente dilatable y el trabajo no hace avanzar la cabeza del feto por la mala presentación de éste, procedo por medio del forceps á terminar tan angustiosa situación, previa desocupación del recto y de la vejiga y minuciosa desinfección del canal cérvico-vagino-vulvar y de las regiones perineal y puviana. La temperatura de la paciente, no obstante la prolongación del trabajo, es sólo de 37,2. Esterilizados el forceps y mis manos, procedo á la introducción y colocación de las cucharas y á la articulación de éstas, en lo cual no encontré dificultad alguna. Cerciorado de haber sólo tomado la cabeza y de haber hecho de ésta una presa regular cogiéndola por el meridiano de presa, con tracciones regulares, intermitentes y con esfuerzo muy moderado, realizo la completa extensión de la ca-

beza, el descenso y rotación de ésta hasta colocar la barba bajo el arco del puvis. Retiro entonces el forceps, que vuelvo nuevamente á colocar en buena dirección, y termino el desprendimiento de la cabeza y en seguida la extracción del tronco, porque la auscultación me demostró, después de practicada la rotación de la cabeza, que los latidos del corazón fetal, ya débiles al comenzar la intervención, apenas se percibían en esos momentos.

La expulsión de la placenta, que estaba adherida á la pared antero-lateral izquierda del segmento inferior de la matriz, con su borde inferior muy inmediato al borde del orificio uterino, se verificó espontáneamente; hubo una ligera hemorragia que se dominó rápidamente excitando la retractilidad de las fibras musculares uterinas, por abundante inyección con solución de permanganato de potasa al cuatro milavo y á una temperatura de 48°.

La inserción anormal de la placenta me dió la explicación de la desgarradura prematura de las membranas, de la anticipación del parto y quizá también podría haber favorecido la extensión de la cabeza por el obstáculo que opuso al descenso del occipucio. Sea ó no exacta esta interpretación, el hecho para mí importante fué, que los tres primeros días del puerperio, la temperatura se sostuvo entre 36,6 y 36,9; pero al cuarto día se quejó, al pasar la visita á las 10 a. m., de haber sufrido un escalofrío y malestar general en las primeras horas de esa madrugada. El termómetro marcó un ascenso á 39,8. El estado del aparato digestivo y de la glándula mamaria estaban normales, pero la exploración bimanual de la matriz, me permitió demostrar la amplia dilatación del cuello, la ocupación de la cavidad uterina por numerosos coágulos en descomposición y el aspecto liso y normal del endometrio, en toda la extensión que mi dedo pudo reconocer. Extraigo todos los coágulos, pongo una inyección intrauterina, previa desinfección de la región vulvo vaginal, con solución yodo-yodurada en la proporción siguiente: agua esterilizada 5,000 gramos, yodo metálico 7.50 gramos y yoduro de potasio 12 gramos. Toda esta cantidad y á la temperatura de 45 centígrados, fué empleada en la inyección y se consiguió, con ella, la limpia completa de la cavidad uterina, la que fué en seguida canalizada con gasa yodoformada. Nuevo lavado de la cavidad vaginal y de la vulva y la colocación en ésta de unas hojas de gasa yodoformada y de algodón salicilado,

completetaron la intervención. Se le prescribió un gramo de sulfato de quinina y cinco miligramos de sulfato de estricnina para que los tomase en dos cápsulas, con dos horas de intervalo. Por alimento una taza de leche y dos cucharadas de vino de quina Larroche cada tres horas. La temperatura á las seis de esa tarde había descendido á 38° y á las diez de la mañana siguiente era de 37.5. Con una segunda inyección en los mismos términos que la anterior, la temperatura descendió á la normal esa tarde: el puerperio, á partir de ese momento, fué enteramente fisiológico, y la mujer salió restablecida á los quince días de su alumbramiento.

OBSERVACION SEGUNDA.

V. Contreras, de 22 años, primípara, pare espontáneamente el 19 de Octubre un feto vivo de 3,720 gramos de peso, que se presentaba en O. Y. G. A.

El 24, es decir, al quinto día, la temperatura, que había sido normal, la encuentro á 38.2 á las diez de la mañana y á 39.6 á las cinco de la tarde.

La exploración uterina me permite demostrar que el cuello es enteramente permeable; que la superficie de la cavidad uterina está lisa y sin ninguna alteración apreciable, pero que se encuentra totalmente ocupada por coágulos sanguíneos en plena descomposición. La Señora Fernández, que sigue siempre con solicitud la observación de todas las enfermas del servicio, al darme cuenta de aquel ascenso de temperatura, me hace observar la suspensión de la involución uterina que había empezado á notar desde la noche anterior y que realmente existe. Hago que la expresada Profesora practique copiosa inyección intrauterina con seis litros de solución antiséptica, hasta lograr la limpia absoluta de la cavidad uterina, previa desocupación de la vejiga y del recto, y desinfección de la vulva y canal vaginal. Se deja canalizada la matriz con gasa yodoformada y se coloca un apósito de la misma gasa y algodón salicilado que cubre toda la región vulvo-perineal. Se le administran dos cápsulas conteniendo cada una 50 centígramos de sulfato de quinina y 3 miligramos de arseniato de estricnina, con dos horas de intervalo y se ordena que tome por único alimen-

to una taza de leche y dos cucharadas de vino de quina Larroche, cada tres horas. A las diez de la noche la temperatura ha descendido á 37.9 y en la mañana del 25 á 37. A las seis de la tarde asciende nuevamente á 38.4; se le hace por la Señora Fernández nueva inyección intrauterina y como continúa la temperatura oscilando entre 37 en las mañanas y 38 á 38.5 en las tardes, se le siguen practicando dos inyecciones intrauterinas al día hasta el 31 del mismo mes, fecha en que la temperatura desciende y permanece en 36.7 y en que el cuello uterino se ha completamente cerrado.

El día 7 de Noviembre la paciente sale del hospital en estado satisfactorio.

OBSERVACION TERCERA.

La señora A. M. de U., tiene 22 años, temperamento linfático-nervioso, constitución regular. Nada hay digno de mencionar en sus antecedentes hereditarios y personales. Menstruó á los 14 años y desde esa época continuó presentándose regularmente el escurrimiento cataminal cada veintiocho días, con duración de cuatro. Se casó á los 19 años; á los dos meses se hizo embarazada y al término normal tuvo su alumbramiento que se verificó espontáneamente. Trascurridos diez y ocho meses empieza su embarazo actual y desde fines del segundo mes es molestada por vómitos constantes, rebeldes á preparaciones carbónicas, ciánicas, opiadas, bromuradas; al oxalato de cerio y á la cocaina, medicación toda prudentemente manejada por su médico de cabecera, por quien soy solicitado y con quien de común acuerdo, y en vista de los resultados negativos obtenidos por las medicaciones anteriores, la sometemos á dieta láctea exclusiva y á inhalaciones de oxígeno. A partir del octavo día de este tratamiento, los vómitos empiezan á ceder y una semana después desaparecen por completo. Esto pasa casi al finalizar el quinto mes y desde entonces la señora recupera rápidamente sus fuerzas con la regularización de las funciones de nutrición.

Espera su alumbramiento para la primera quincena del mes de Enero de 1901 y el día 3 á las cuatro de la tarde, pierde inesperadamente gran cantidad de líquido amniótico, accidente que la

alarma y me hace llamar en ausencia de su médico que se encuentra fuera de esta Capital. Noto en efecto desgarradas las membranas, pero que ha habido exageración en la relación que me hace respeto á la cantidad de líquido perdido, pues queda aún bastante dentro de la cavidad uterina. No hay contracciones dolorosas; el cuello presenta su longitud, consistencia, forma y aspecto normales, en relación con la época de la gestación. Rectifico el diagnóstico que había formado con anterioridad y veo que el feto continúa presentándose por el vértice, en posición occipito-anterior izquierda, y que la cabeza está ya bien encajada. No estando en trabajo de parto, me limito á recomendarle permanezca en su cama procurando tener un poco levantada la pelvis para evitar que continúe perdiendo el líquido amniótico, y que desocupe el intestino por medio de una lavativa de un litro de agua destilada y 10 centígramos de permanganato de potasa.

El día 5 á las ocho de la mañana, empieza á tener contracciones uterinas dolorosas; se declara un trabajo franco de parto que termina á las dos de la tarde con la expulsión de un niño de 3,520 gramos de peso. El parto secundino se verificó espontáneamente; la placenta y las membranas estaban completas; la pérdida de sangre fué insignificante y el útero quedó retraído con regularidad fisiológica.

En los tres primeros días del puerperio, la temperatura había sido 36.6 y 36.8; pero en la tarde del cuarto sube á 38.7 á las tres, según observación de la familia. A las ocho de la noche la encuentro intranquila, quejándose de algunas contracciones uterinas dolorosas y de dolor intenso de cabeza. La temperatura en esos momentos es de 39.6. El aparato gastro-intestinal y la gláudula mamaria no presentan alguna alteración. El examen de la matriz me revela que este órgano está aumentado de volumen, sensible únicamente al momento de contracciones, que la exploración despierta; que el cuello está ampliamente abierto y la cavidad llena de coágulos en descomposición. Hago desocupar el recto por lavativa antiséptica de 1,000 gramos de solución de permanganato de potasa al cuatromilavo y al expelerla, se hace también la desocupación de la vejiga. Desinfecto la vulva y vagina, y con una inyección intrauterina de 5 litros de agua esterizada á 40 centígrados de temperatura. teniendo en disolución 3

gramos de aniodol, logro la desocupación y limpia completa de cavidad uterina. Termino tan sencilla intervención canalizando la matriz con gasa yodoformada y colocando un apósito antiséptico en la vulva. Sulfato de quinina y de estricnina, en las mismas proporciones que en las observaciones anteriores, y por alimentación leche con vino de quina Larroche. A las dos de la mañana la temperatura ha descendido á 38,1; pero como se queja de insomnio y está aún bastante excitada, toma un gramo de bromuro de sodio y 45 centígramos de trional, que la calman y le proporcionan un sueño reparador. A las ocho de la mañana la temperatura es de 37,5; estado general satisfactorio y ha desaparecido por completo la cefalalgia que el día anterior tanto la atormentaba. Se continúan practicando dos inyecciones intrauterinas en las veinticuatro horas por espacio de cuatro días hasta que la temperatura descienda á la normal y el cuello uterino se ha definitivamente cerrado.

Quince días después de su parto, me despido de la señora M. de U., dejándola en un estado enteramente satisfactorio.

En otros casos, el dedo que ha penetrado con facllidad á la cavidad uterina, encuentra no solamente coágulos más ó menos pútridos, sino quu tropieza con restos de cotiledones placentarios ó fragmentos de membranas; ó bien se nota sobre la mucosa uterina, especialmente en la región que corresponde al lugar que ocupaba la placenta, abolladuras más ó menos marcadas, desmenuzables y que la presión del dedo logra separar de su sitio de implantación. En este supuesto, se debe tener la convicción de que la mucosa está realmente infectada.

Contra estas endometritis sépticas, empleo desde hace algunos años un procedimiento muy sencillo y que constantemente me ha dado brillantes resultados. Lo designo con el nombre de barrido uterino y lo practico de la manera siguiente: Desocupación de la vagina y del recto; colocación de la paciente en posición tocológica y desinfección esmerada de las regiones pubiana, vulvar, perineal y del conducto vaginal. Anestesia general es

para determinar la relajación completa de los músculos que forman la pared abdominal. Obtenida ésta, se descubre el cuello con una valva y se le toma con una pinza de Monseaux colocada en el labio que esté más resistente. Se practica inyección intrauterina abundante con solución de aniodol, de microcidina, de permanganato de potasa, ó de agua oxigenada,—substancias que, á un gran poder microbicida, reúnen la ventaja de ser enteramente inofensivas para los tejidos con que se van á poner en contacto—por medio de la sonda dilatadora de Doleri. Cuando el líquido sale enteramente limpio, se retira la sonda, y con fragmentos de gasa yodoformada que se toman con pinzas de largos brazos y de ligera curvatura sobre sus bordes, se procede á frotar metódicamente y por presión dirigida de arriba á abajo, del fondo hasta el cuello de la matriz, primero toda la pared anterior, después el borde lateral derecho y luego la pared posterior, para terminar con el frotamiento del borde izquierdo. Se deben tener preparados tapones de forma cilíndrica en número suficiente, pues para hacer un buen barrido y no dejar algún punto de la mucosa uterina que no sea frotado, es necesario emplear cuando menos cuatro ó seis. Cuando se adquiere la certeza de haber hecho una limpia completa, se repite el barrido, pero esta vez humedeciendo los fragmentos de gasa con solución de cloruro de zinc al diez por ciento, con objeto de desinfectar con tan activo microbicida, toda la región invadida por las bacterias patógenas. Se hace otra inyección intrauterina con tres ó cuatro litros de solución antiséptica, se canaliza la matriz con gasa yodoformada y se coloca un apósito antiséptico formado por hojas de gasa yodoformada y de algodón salicilado, que protejan la ventana vulvar.

Con tan sencilla intervención, se logra generalmente detener la marcha invasora de la infección puerperal, siempre que sea aplicada en tiempo oportuno, pues no tarda en producir el descenso de la temperatura, en disminuir la frecuencia del pulso, y en una palabra, hacer que cedan con más ó menos rapidez, todos los accidentes que caracterizan estas infecciones.

Referiré, lo más compendiado que me sea posible, algunas observaciones que demuestran los excelentes resultados que se obtienen por esta sencilla terapéutica, siempre que se intervenga al empezar la infección.

OBSERVACION CUARTA.

R. A. de P., tiene 31 años, temperamento linfático-sanguíneo, buena constitución y asegura haber disfrutado siempre de excelente salud. Refiere haber tenido tres partos á término: el primero terminada por aplicación de forceps que practicó el ilustrado señor Profesor D. Manuel Gutiérrez, el año de 1894, después de tres días de trabajo infructuoso: el niño extraído vive hasta la fecha. El segundo, parto espontáneo, en Diciembre de 1896, dió á luz por él, una niña que también vive. El tercer parto, se verificó á término en Mayo de 1898: el niño producto de esta tercera concepción, murió de bronquitis capilar á los once meses.

El 2 de Febrero de 1901, pare también espontáneamente un niño sano y robusto, de 3,760 gramos de peso, que se presenta por el vértice en posición anterior izquierda. Parto secundino natural, pero la placenta me parece incompleta al examinarla, cuatro horas después del alumbramiento, momento en que fuí solicitado con motivo de una desgarradura extensa que había sufrido el perineo. Después de haber hecho la perineorrafia y amplia inyección intrauterina con solución de aniodol, pretendo examinar la cavidad uterina, pero la paciente que había vuelto de la anestesia, se opone enérgicamente á mi deseo y muy á mi pesar me veo obligado á prescindir de mi pretensión. En los primeros días del puerperio la temperatura es de 36.6 y 36.8; la involución uterina sigue su marcha fisiológica; los aparatos gastro-intestinal y urinario, así como la piel, funcionan normalmente. El cuarto día á las dos de la tarde siente escalofrío violento acompañado de contracciones uterinas dolorosas é intermitentes y la temperatura que obtengo á las cuatro y media, es de 39.6. Encuentro la matriz aumentada de volumen, algo sensible, y el cuello bastante permeable. Bajo la anestesia general, obtenida por éter, previa desocupación de la vejiga y del recto y desinfección de la región vulvo-perineal, aplico con la sonda de Doleri y con solución de aniodol, abundante inyección intrauterina. Obtenida así la limpia de la cavidad, hago un legrado digital, por el cual desprendo de la parte media de la pared anterior de la matriz un pequeño fragmento de cotiledón placentario y algunos colgajos de membranas,

ambos bastante descompuestos. Practico un cuidadoso barrido con gasa yodoformada siguiendo la técnica que tengo descrita y cuatro horas después la temperatura empieza á descender, y al siguiente día á las nueve de la mañana, es de 37.8. Se nota algún meteorismo y constipación, que ceden á un lavado intestinal, hecho con un litro de agua esterilizada, teniendo en disolución 10 centígramos de permanganato de potasa. Se le prescribe 1 gramo de sulfato de quinina y 4 milígramos de sulfato de estricnina en dos cápsulas para tomar una luego y otra á las doce del día. Se le hacen dos inyecciones intrauterinas al día, las que se continúan por cuatro días, época en que la temperatura desciende á 36.7 y el cuello se obtura definitivamente. Al décimo día, retiro los puntos de sutura, que han realizado la cicatrización de la desgarradura perineal y á los diez y siete me despido de mi paciente, dejándola ya enteramente bien.

OBSERVACION QUINTA.

María A. Velázquez, primípara, de 16 años, temperamento linfático y constitución regular, dice haber empezado á menstruar á los 13 años y que ha disfrutado hasta la fecha de buena salud. Da á luz espontáneamente, el día 18 de Diciembre del año pasado, un niño de término, vivo, de 2,750 gramos de peso, el cual se presentaba por el vértice en posición occípito-anterior izquierda. Parto secundino natural, setenta minutos después: placenta incompleta. En los tres primeros días el puerperio fué apirético; el cuarto la temperatura sube á 39.2 y el examen de la matriz demostró que el cuello está ampliamente abierto, que la cavidad contiene coágulos sanguíneos y restos placentarios descompuestos. Se practica por mi interno Sr. Santos Grande un legrado digital, seguido de un barrido, según la técnica ya descrita y se continúan dos inyecciones antisépticas intrauterinas al día, con solución yodo-yodurada, hasta obtener el descenso permanente de la temperatura y el cerramiento del cuello. La marcha de la temperatura se puede ver en el cuadro respectivo que acompaño.

El día 18 de Enero se da de alta en la Maternidad, ya restablecida.

OBSERVACION SEXTA.

J. Quesadas, natural de Yucatán, primípara, de 26 años, temperamento linfático, constitución débil; dice haber empezado á menstruar á los 15 años. Pare felizmente á término el 20 de Diciembre de 1901 á las doce de la noche. Parto secundino natural y anexos completos. El puerperio fué normal los seis primeros días, pero el séptimo se observa que la temperatura sube á 39,5. La exploración de la cavidad uterina permite demostrar que ésta se encuentra llena de coágulos descompuestos y que la mucosa presenta en la región que ocupó la placenta, salidas mamelonadas fácilmente desmenuzables, que la presión del dedo separa de su punto de implantación. Se practica por la señora Fernández un barrido enérgico á toda la cavidad infectada, siguiendo exactamente la técnica que he descrito. Se le administran dos cápsulas con quinina y estricnina, y dieta láctea. La marcha de la temperatura puede verse en el cuadro respectivo adjunto á este trabajo. Se le continuaron aplicando dos inyecciones intrauterinas al día, con solución yodo-yodurada, hasta conseguir que la temperatura descendiera á la normal y el cuello se obturase. A esta enferma se le aplicaron inyecciones subcutáneas con suero artificial yodado, durante varios días, para sostener sus fuerzas muy agotadas; facilitar la función del riñón un poco lánguida; diluir las toxinas y favorecer la eliminación de éstas por la secreción renal. Esta enferma es dada de alta y sale de la Maternidad en estado satisfactorio el 23 de Enero.

OBSERVACION SEPTIMA.

Angela Soriano, de 26 años, primípara, entra á la Sala de trabajo el día 29 de Diciembre de 1901, muy próxima á ser madre. Pare media hora después de su ingreso á la Maternidad, espontáneamente, un feto muerto. Expulsión natural de las secundinas: placenta y membranas completas.

Hasta el día 2 de Enero la temperatura había sido normal; la involución uterina seguía su marcha fisiológica; pero el día 3 en la mañana tiene 38 grados y en la tarde 38.5. El examen del apara-

to genital demuestra: que los anexos no presentan alguna alteración: que el útero está sencible á la presión; que el cuello es permeable y que la mucosa uterina está infectada. La Sra. Fernández hizo un barrido enérgico, conforme á la técnica descrita. Se practicaron dos inyecciones intrauterinas con solución de yodo-yodurada hasta conseguir el descenso permanente de la temperatura á la normal y la obturación del cuello.

OBSERVACION OCTAVA.

Angela Soriano, de 26 años, multípara, ingresa á la Maternidad en trabajo avanzado de parto, el día 29 de Diciembre de 1901.—Al pretender la partera de guardia practicar la desinfección de la región vulvo-vaginal, expulsa un feto muerto y macerado, de termino, y de peso de 3,000 gramos. Parto secundino espontáneo y anexos complementos. El puerperio apirético los cuatro primeros días, se hace febril á partir del quinto, en el cual la temperatura es á las diez de la mañana del día 3 de Enero, de 38 grados. Se explora la cavidad uterina, la que se encuentra llena de coágulos y con signos evidentes de infección de la mucosa, Se hace un barrido enérgico conforme á la técnica descrita y se continúan inyecciones con solución yodo-yodurada dos veces al día hasta el 15 del mencionado Enero, fecha en que la temperatura desciende á la normal y el cuello se encuentra cerrado. El día 18 sale del hospital restablecida. La curva termométrica puede verse en el respectivo cuadro.

Se ve en todas las observaciones que tengo descrita y en otras cuya historia poseo, recogidas la mayor parte por mi interno, M. Santos Grande, en número de cuarenta y siete, atendidas éstas en la Casa de Maternidad, y doce en mi clientela particular, que el cuello se abre y las fibras musculares del segmento inferior de la matriz se relajan desde el principio de la infección, y que esta se localiza luego en la caduca. De aquí la confianza que esta permeabilidad del cuello dá á los parteros, para establecer el diagnóstico de la infección uterina. Cuando durante el puerperio aparecen accidentes febriles y la exploración uterina, que jamás debe

omitirse, demuestra que el cuello está bien cerrado, se puede inferir que no hay infección uterina puerperal y que la causa de los accidentes febriles debe existir fuera del aparato genital. Podría citar numerosos casos que demuestran esta verdad, pero me limitaré á las dos siguientes por ser muy significativos.

El día 23 de Febrero de 1900 asistí á la señora V. D. de N. Dió á luz espontánemente un niño de término, que se presentaba por el vértice, en posición occípito-anterior derecha. Media hora después se verifica la expulsión natural de las secundinas, con placenta y membranas completas. Esta señora había tenido otro parto, también fisiológico, en 1899, en el cual había sido asistida por uno de los profesores más honorables de nuestra Facultad. Al término de este puerperio, le vinieron metrorragias que su médico de cabecera atribuye con justicia á un padecimiento ginecológico, y me encarga de su asistencia. Curada de esta afección, viene el segundo y actual embarazo y al séptimo mes de esta gestación, padece erisipela limitada á la cara y cuello, de la que se curó sin complicaciones.

En los cinco primeros días, el puerperio es enteramente apirético, pero el sexto inesperadamente aparece un estado febril con tempertura persistente de 39.5 á 40 grados y llega el octavo á 40.7. Como desde el primer día, al explorar la matriz, había encontrado el cuello reformado y bien cerrado, deseché toda presunción de infección uterina pero abrigaba temores de que hubieran quedado erisipelococos en la sangre, que con motivo del estado puerperal exaltaran de virulencia, ó bien en alguna pieza de ropa de mi enferma. Para calmar la intranquilidad de la familia, solicité la cooperación de mi ilustrado y caballeroso maestro el señor Profesor D. Manuel Domínguez, Socio Honorario de esta Academia, quien estuvo enteramente conforme con mi convicción. Creíamos encontrarnos frente á una grave infección intestinal, que con satisfacción vimos ceder á un tratamiento adecuado.

Hace un año asistí un parto distósico, por presentación viciosa del feto, en la calle del Aguilita, en el que operé en compañía del ilustrado Profesor Gallegos y de la Profesora Señorita Laura Mendoza, extrayendo una niña viva de término y bien constituida. El puerperio siguió una marcha fisiológica durante los cuatro primeros días, pero al quinto apareció una calentura de 39 grados

que continuó ascendiendo sin remisión alguna hasta alcanzar 40.5 el octavo día. Examiné escrupulosamente la matriz y como encontré el cuello cerrado, supuse que no se trataba de infección puerperal. Me asocio para continuar la asistencia con mi tan justamente respetado Maestro el Sr. Profesor D. Francisco Chacón y ambos creímos que se trataba de una infección intestinal. Establecimos un tratamiento en armonía con la bacilosis que habíamos supuesto, por el cual conseguimos la curación de la paciente y se comprobó á la vez nuestro diagnóstico.

Con toda lealtad os he expuesto el método que constantemente he empleado para combatir las infecciones puerperales y habéis visto que en realidad es enteramente sencillo, supuesto que se limita á las prácticas siguientes:

1ª Si se encuentran coágulos, fétidos ó no, ocupando la cavidad del útero é impidiendo la involución normal del órgano gestador, proceder á su total extracción y á lavar ámpliamente dicha cavidad con solución antiséptica apropiada.

2ª Si existen restos placentarios adheridos á la caduca uterina, realizar su completa liberación, por legrado digital antiséptico y á su extracción por la expresión vagino-abdominal, seguida de abundante inyección intrauterina con solución antiséptica, hasta adquirir la certidumbre de haber dejado completamente desocupada y bien limpia esta cavidad.

3ª Practicar un completo barrido á toda la superficie interna de la matriz, con gasa yodoformada, hasta lograr la substracción completa de toda la capa superficial de la caduca, capa necrosada y únicamente invadida—al principio de la infección uterina— en la cual encuentran condiciones enteramente apropiadas para reproducirse y aumentar su virulencia. Obtenida, por presiones más ó menos enérgicas y siempre metodizadas, la resección total de la porción de mucosa que servía de foco ó guarida á la invasión microbiana y en donde por su multiplicación y exaltación de virulencia se preparaban á invadir la economía entera, ocasionando muy graves perturbaciones y no pocas veces la muerte del organismo atacado,—se lava la cavidad uterina con abundante cantidad de solución antiséptica y se completa la desinfección por un último barrido también hecho con gasa yodoformada, pero empapados los rollos con solución de cloruro de zinc al 10%. Cuando

se practica este procedimiento sujetándose extrictamente á la técnica descrita, es evidente que se obtiene por él la completa desinfección de la superficie interna de la matriz ya transformada en foco séptico; y en tal virtud se extingue en sus principios una grave afección que amenaza seriamente la vida de las mujeres infectadas. Es en efecto, un hecho bien demostrado, que tanto el estreptococo como todos los demás micro-organismos patógenos, considerados como los verdaderos agentes productores de las infecciones puerperales, quedan generalmente fijados sobre la capa necrosada y en vía de eliminación de la caduca uterina, detrás de la cual se forma una zona granulosa de espesor variable, constituída por celdillas redondas, dotadas, á no dudarlo, de poder fagocitario; zona que protege á las capas profundas del tejido uterino y muy particularmente á los vasos linfáticos, contra la invasión microbiana. La substracción de toda esta capa superficial, únicamente invadida por las bacterias patógenas que se encuentran en plena actividad de desarrollo, y con ella la de todos los microbios invasores, producirá la esterilización de la expresada cavidad uterina.

Si la infección existe después de algunos días, ó bien, si reviste una forma grave, debido al excesivo número de gérmenes, ó á que éstos han adquirido un elevado grado de virulencia y la economía entera está invadida por tan nocivos agentes, se deberá, sin pérdida de tiempo, y por el mismo método, proceder á la desinfección de la cavidad uterina y se ayudará á la vez al organismo á luchar contra tan temible agresión, por adecuada terapéutica. La que he empleado en estos casos ha consistido; en la administración del sulfato de quinina á dosis alta, asociado á la estricnina, utilizando su acción antitérmica, antiparasitaria, tónica y oxitósica; la dieta lactea, tanto por ser esta substancia un excelente alimento, cuanto por favorecer la permeabilidad de los riñones; pues son indiscutibles las ventajas que proporciona el buen funcionamiento venal; y las inyecciones subcutáneas de grandes dosis de suero artificial ligeramente yodado, para diluir las toxinas y favorecer su eliminación.

Esta terapéutica, como habéis visto, es tan sencilla, que se limita á hacer completamente asépticos las regiones primeramente invadidas por las bacterias generadoras de la infección puerperal,

y como estas regiones suelen ser múltiples y se hallan dispersas en todo el canal genital, se impone el deber de aseptizar toda la filadura útero-vaginal. Mas para que este tratamiento sea coronado de buen éxito, se le debe aplicar desde el momento en que se diagnostica el principio de la infección. La demostración evidente de la existencia real de la septicemia sólo la proporciona la permeabilidad completa del cuello del útero debida al relajamiento de sus fibras musculares, acompañado de manifestaciones febriles, y de alteración del escurrimiento loquial. Y así descubierta la infección en su principio y en su foco de origen, claro es que se le debe destruir sin pérdida de tiempo. Que esto lo realiza generalmente el método descrito, lo demuestra el resultado obtenido por él en 47 casos de infección asistidos en el año próximo pasado, en el departamento de infecciosas en el Hospital de Maternidad. De ellas 46 abandonaron el servicio enteramente restablecidas y una, como ya he dicho, sucumbió. De 12 casos que en ese período atendí en mi clientela particular, todas curaron.

Es evidente que hay septicemias de marcha fulminante y en las que la zona protectora no tiene tiempo de desarrollarse y la generalización de la infección ocasiona rápidamente la muerte, sin que algún recurso terapéutico, hasta hoy conocido, proporcione alguna tregua; pero estos casos son en la actualidad bastante raros. Suelen observarse algunos ejemplos de infección de los tejidos profundos de la matriz, debido al desarrollo incompleto de la zona granulosa, que deja espacios ó lagunas desprovistos de su eficaz protección, por donde penetran las bacterias sépticas, á apoderarse de las capas profundas del órgano de la gestación que transforman en un foco séptico imposible de esterilizar. En este supuesto, la histerectomía total es de rigor, pero como las indicaciones de esta trascendental mutilación es asunto de grande interés me propongo estudiarlo y someter mis impresiones á vuestro recto criterio y á vuestra notoria ilustración.

VALOR DE LA SEROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PUERPERALES.

La seroterapia aplicada al tratamiento de las infecciones puerperales, no ha correspondido á las aspiraciones de Charrin y Boger, quienes por primera vez la aplicaron empleando el suero de macho, al cual habían hecho ocho inyecciones intra-venenosas, con quince días de intervalo, de culturas de erisipelococo en caldo. Cada inyección se hizo con 30 centímetros cúbicos, así es que se inyectaron en conjunto, 240 centímetros cúbicos de cultura esterilizada. Estos señores siguieron, por lo expuesto, el método general de preparación de los sueros.

Un poco más tarde, Marmorek, prepara un suero, que designa con el nombre de antiestreptococico, empleando culturas de estreptococo de virulencia exaltada, pero bien determinada. Este suero ha sido en realidad el que más se ha empleado, y es, como su autor lo indica, específico y únicamente opuesto á la estreptocoquemia. Las infecciones producidas por asociaciones microbianas, especialmente en las que se observa el colibacilo que Marmorek cree ser una complicación funesta, no son influenciadas por dicho suero.

La primera serie de observaciones se compone de diez y seis casos, y se registraron en ella, cinco defunciones: en todos estos casos fatales, el análisis bacteriológico demostró, que la infección había sido determinada por la asociación de estreptococos, estafilococos y colibacilos, y contra éstas, Marmorek cree con justicia, impotente á su suero.

Charpentier hace conocer, el 10 de Abril de 1896, á la Sociedad Obstétrica de París, el resultado obtenido en cuarenta casos de

infecciones puerperales tratadas por el suero de Marmorek. De estas cuarenta enfermas, veintidós curaron, diez y siete murieron, y en una, el resultado quedó incierto. En veinticinco se hizo examen bacteriológico, encontrándose, en diez y seis, estreptococos, con nueve curaciones y siete muertes; en nueve se hallaron estreptococos asociados á estafilococos y colibacilos, con cinco curaciones y cuatro defunciones.

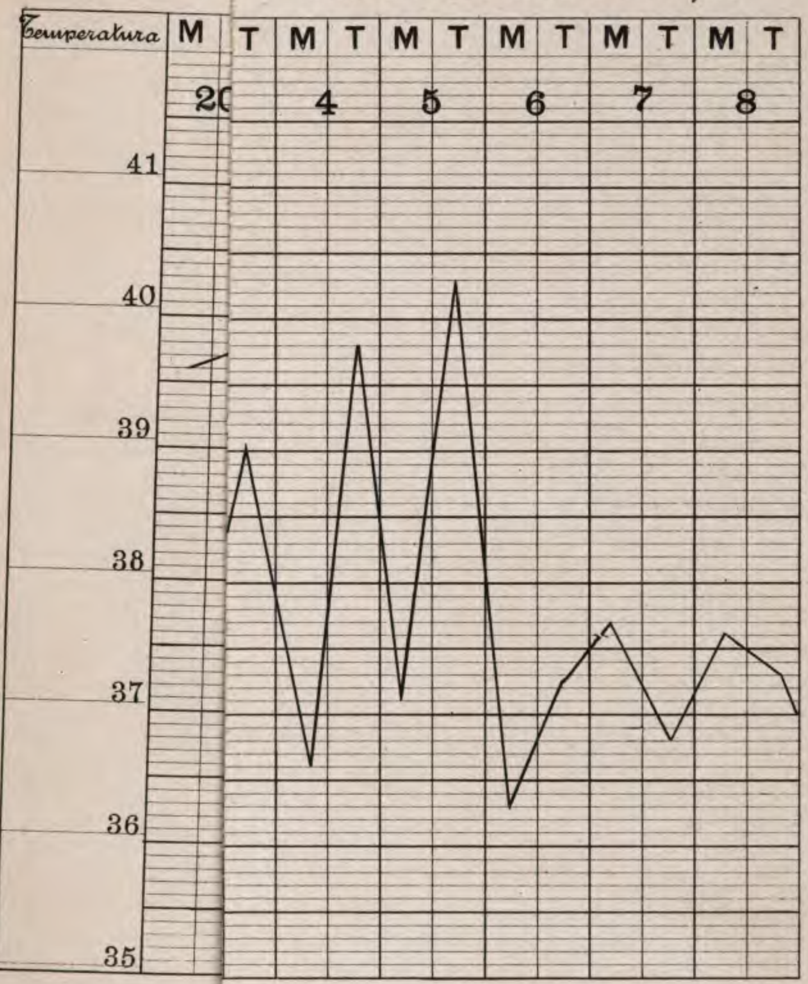
Tissier y Bar no han sido más afortunados, pues han tenido seis casos fatales en trece, y creen con justicia, que el suero de Marmorek es insuficiente, en el tratamiento de los infecciones puerperales.

A mi juicio, no es únicamente ineficaz el suero de Marmorek, sino que puede ser nocivo, pues constantemente lo he visto provocar eritemas muy molestas, ya inmediatamente después de la inyección, ya al día siguiente, ya al quinto, sexto ó séptimo día. Gaulard le atribuye la muerte de una de sus enfermas; y yo presencié un caso en el que un descenso progresivo de la temperatura se observó inmediatamente después de la inyección. De cuarenta y un centígrados, bajó á treinta y ocho á las cinco horas, y á 36.6 á la mañana siguiente. La enferma entró en una profunda postración, la debilidad fué en aumento, un verdadero estado sincopal se acentuó que determinó la muerte á las veintidós horas después de la inyección.

Para Bar y Tissier, la inyección provoca abscesos en el lugar de su aplicación, y aun aseguran haber encontrado cadenitas de estreptococos en el pus de estos abscesos.

En realidad, el valor del suero antiestreptoccico conocido, es muy dudoso, y debemos esperar que quizá se llegue á preparar alguno de acción más evidente. Pero en la actualidad el mejor y más inofensivo tratamiento, consiste en la desinfección completa de la cavidad uterina.

Sala de Mes de Diciembre de 1901.



r reacción.

Observación 5ª

IMPORTANCIA DE LA DESINFECCION DE LA VAGINA, EN LA PROFILAXIS DE LAS INFECCIONES PUERPERALES.

La infección, que en la Patología del aparato genital de la mujer tiene un papel muy importante, determina en cada región padecimientos bien caracterizados que el ginecólogo debe conocer con exactitud para combatirlos con oportunidad y energía y muy particularmente, para saber y poder evitarlos.

Se puede sostener que, con raras excepciones, las infecciones genitales son la consecuencia de un contagio venéreo ó de una contaminación puerperal. Por esta razón, la blenorragia ó la infección puerperal, se encuentran como factor muy frecuente en el origen de muchas afecciones ginecológicas. La blenorragia, infección específica, que únicamente mencionaré, es producida por el Gonococo de Neisser; la infección puerperal se debe á agentes múltiples, que ya os he señalado en otros trabajos, pero que tienen una puerta de entrada casi constante: la herida ó superficie cruenta que deja la placenta al desprenderse de la cara interna ó mucosa de la matriz.

La vagina y el útero en comunicación directa con el exterior, están en condiciones favorables para asilar agentes microbianos de procedencia externa que suelen ser el origen de auto-infecciones puerperales.

La investigación de los agentes infecciosos y el conocimiento del lugar que en el canal genital sirve de dique á su propagación y los detiene en su marcha invasora en el estado fisiológico de los órganos genitales, ha sido asunto de importantes trabajos y de acaloradas discusiones en el seno de las Academias y Congresos científicos, desde que se conocieron los descubrimientos del inmortal Pasteur relativos al papel que desempeña el estreptococo en las infecciones puerperales.

Por estos trabajos sabemos que la vagina, en el estado normal,

contiene numerosas especies microbianas aun no bien determinadas, supuesto que esta pléyade, que forma lo que los bacteriologistas han designado con el nombre de flora microbiana de la vagina se ve aumentada diariamente con la descripción de nuevas especies que los incesantes progresos de la bacteriología han permitido observar.

Pero si bien no se ha dicho la última palabra en este asunto, ya podemos envanecernos con los conocimientos adquiridos, supuesto que nos permiten fundar, sobre sólidas bases, la profilaxis de tan trascendentales infecciones. Esta profilaxis es el asunto que especialmente me propongo tratar en esta memoria, que espero la acojais con vuestra acostumbrada indulgencia.

*
* *

Las interesantes investigaciones de Doderling, Winter, Stroganoff, Kronig, y Meng, nos han permitido conocer que la vulva y la vagina, en estado normal, contienen numerosos parásitos, entre los cuales se enumeran diversas especies de *saprófitos* que, por ser de un interés muy secundario en el asunto que me ocupa, me limito sólo á mencionar; pero recordaré, con más detención, que Hallé ha encontrado microbios *anerobios* en la vulva, vagina y aun en el cuello del útero, que son susceptibles de producir, cuando se inoculan en *cultura pura*, abcesos y gangrenas que han llegado á determinar hasta la muerte. Es también interesante conocer que Meng, Bumm, Veillan, Hallé y particularmente Winter, han encontrado en la flora vaginal, *estafilococos* blanco, dorado y citrino, y *estreptococos;* y que Veillan y Hallé han demostrado la existencia de los bacilos pseudo-diftéricos de Wefcks, pseudo-diftéricos comunes y la del *colibacilo*, si bien este último siempre en pequeña cantidad.

En oposición con la riqueza microbiana de la vulva y vagina, el útero permanece estéril hasta la pubertad y sólo después de la primera menstruación suelen encontrarse en él micro-organismos, pero únicamente abajo del orificio interno, confinados á la cavidad cervical, y con la particularidad de que en el estado fisiológico, jamás invaden la cavidad del cuerpo. En el cuello de la matriz, los microbios siempre están en menor número que en la vagina, al grado de haberla encontrado Stroganoff estéril, en varios casos.

¿La gestación produce modificaciones en el contenido microbiano del conducto *cérvico-vagino-vulvar?* ..... La resolución de este problema es importante desde el punto de vista de la Etiología de las infecciones puerperales. Doderling sostiene no haber hallado microbio alguno en las vaginas de reacción ácida, y asegura haber encontrado *estreptococos y estafilococos* en las de reacción alcalina.

Sanzchin dice que en el examen bacteriológico de secreciones vaginales de cinco mujeres grávidas, en quienes no había ningún escurrimiento patológico, ni se les había practicado el tacto, ha encontrado en todas *cocos y bacilos.*

Widal ha encontrado numerosos microbios, *estreptococos* entre otros, en vaginas, la víspera del alumbramiento; y según Steffeck, la vagina de las paridas sanas, á quienes no se ha hecho el tacto, contienen *estafilococos y estreptococos* en un 40 á 50 por ciento de los casos. Los estudios de Walthard acerca de la bacteriología del conducto genital durante el embarazo y el puerperio, dan completa confirmación á las investigaciones de Widal.

Se puede considerar el canal genital de la mujer embarazada y próxima al término de la gestación, dividido en dos secciones por el orificio interno: la una inferior, constituída por la vulva, la vagina y la parte inferior del cuello; la otra superior, formada por la parte superior del cuello, la cavidad del cuerpo del útero y las trompas de Falopio. Esta segunda porción no contiene microbios en estado normal, pero la primera los asila á no dudarlo. La razón de esta diferencia se debe á la presencia del tapón mucoso que obtura la parte superior de la cavidad cervical, pues la secreción que constituye dicho tapón está enteramente desprovista de albúmina, y es, por tal motivo, un mal medio de cultura para los micro-organismos que se encuentran en la vagina.

A mi juicio debe aceptarse: primero, que con frecuencia se encuentra en la vagina de mujeres embarazadas sanas, gérmenes dotados de propiedades patógenas en estado de virulencia muy atenuada; segundo, que la reacción ácida, frecuente en las secreciones vaginales, disminuye notablemente la vitalidad de dichos gérmenes, mientras que la reacción alcalina ó la introducción de materias sépticas por medio de los dedos ó los instrumentos faltos de asepsia, despiertan la vitalidad, activan la virulencia y transforman á esos

gérmenes en agentes patógenos, susceptibles de determinar las infecciones puerperales; tercero, que estas infecciones constituyen accidentes contagiosos de naturaleza microbiana, pudiendo llegar á hacerse epidémicos por contagio; cuarto, que los principales agentes productores de estas infecciones son: el *estreptococo piógeno*, los *estafilococos citrino*, *amarillo* y *blanco*, el *bibrión séptico*, el *gonococo* de Neisser, el *colibacilo*, el *neumococo*, el *bacilo* de la difteria y el *proteus vulgar;* quinto, que la puerta principal que sirve de entrada á estos agentes sépticos. está constituída por la superficie interna del útero, especialmente por la superficie cruenta que deja la placenta al desprenderse; sexto, que las modificaciones que el embarazo produce en el organismo de la mujer, particularmente las que se refieren al aparato genital y muy especialmente á la matriz, caracterizadas por la hipertrofia de todos los elementos que la forman, es decir, de las fibras musculares, glándulas y sistema vascular, constituyen condiciones favorables al desarrollo de dichas *bacterias*. Está, en efecto, bien demostrado que por el hecho de la gestación, los vasos linfáticos adquieren gran desarrollo, al grado de hacer que aparezca el útero como transformado en una vasta red linfática; que los capilares presentan el aspecto de verdaderos lagos sanguíneos, y que la sangre que circula en los crecidos y numerosos vasos del órgano de la gestación, se encuentra en mayor cantidad, aunque menos rica en *hemacias* que la que circula en el mismo órgano no grávido. Hay, en tal virtud, *hiperemia* con *anoxemia*, y seguramente que ningún tejido vivo es más adecuado para la infección, que aquel en que estos dos estados anormales se hallan reunidos. Debemos recordar que durante el embarazo y el puerperio, hay *leucocitosis* fisiológica y que la herida placentaria es muy difícil de conservarse ascéptica á causa de su situación profunda; y que ésta posee numerosos y gruesos vasos desgarrados, que son otras tantas puertas abiertas á la infección microbiana. El peligro de que esta herida se infecte, dura hasta la completa cicatrización, y este trabajo reparador se encuentra bajo la dependencia de un triple proceso fisiológico: *trombosis* de los senos que recorren dicha herida placentaria, *regeneración* de la mucosa uterina, é *involución* de la matriz.

La trombosis de los senos uterinos se inicia desde los últimos días del embarazo y se continúa con actividad después del parto se-

cundino. Pero el coágulo, si en verdad obtura las aberturas vasculares y constituye un buen dique á la salida de la sangre, á mi entender no debe aceptarse que desempeñe idéntico papel con relación á la penetración de los micro-organismos sépticos, supuesto que estos agentes patógenos se desarrollan bien en él, por ser un buen medio de cultura; y si al invadirlo suele detenerlos, una vez que estén en plena actividad evolutiva, con facilidad pasan al torrente circulatorio con el que se encuentran en relación directa.

La regeneración de la mucosa es en realidad muy lenta, pues para que la superficie interna de la matriz se tapice enteramente de epitelio cilíndrico se requiere, según Tourne y Hermann, tres semanas; y para Leopold, cuatro ó cinco. Hasta esta época se puede aceptar que ha desaparecido todo peligro de infección; pero desde el sexto ó séptimo día, á partir de la expulsión completa de los anexos en el puerperio fisiológico, la reparación de la mucosa uterina correspondiente á la caduca útero-placentaria, se halla lo suficientemente avanzada para considerar á la herida uterina protegida contra la invasión de los microbios sépticos.

Corresponde á la involución uterina el principal papel en la profilaxis fisiológica de las infecciones puerperales, pues si bien no se debe considerar como absoluta é histológicamente completa hasta después del tercer mes, se inicia con bastante rapidez en los primeros días que siguen al parto, al grado de observarse que la matriz se reduce á dimensiones bastante cortas para quedar oculta detrás de la sínfisis del pubis, del duodécimo al décimoquinto día del puerperio normal. Demuestra la importancia de la involución de la matriz el hecho, bien observado, de que todas las condiciones que favorecen la infección, son precisamente las que se oponen á la marcha regular de la involución uterina. La más importante de estas condiciones, por su frecuencia y gravedad, es el parto secundino incompleto, pues la retención de fragmentos de placenta obran como cuerpos extraños, se opone á la involución fisiológica á la vez que proporcionan á los gérmenes sépticos, un excelente medio de cultura.

Es bien sabido que las infecciones puerperales se encuentran favorecidas por todas las causas que contribuyen á aumentar la extensión de la herida genital. Lo es también, que el mal estado general, resultado de privaciones, de malas condiciones higiénicas

en que hayan vivido las paridas, de enfermedades debilitantes anteriores que hubieren padecido, ó de pérdidas de sangre acaecidas durante el embarazo ó al momento del parto secundino, son otras tantas causas favorables á las infecciones. Estas no limitan su dominio á la infección de la herida genital determinada por el parto á término ó prematuro, sino que lo extiende á la de la herida consecutiva al aborto. Las condiciones de *receptividad* son algo diferentes en ambos casos, pues el sistema vascular del útero está menos desarrollado en el aborto que en el parto prematuro ó á término, pero en cambio, la retención de fragmentos de placenta ó de caduca es más frecuente en aquél, debido á la adhesión más grande del huevo en los primeros meses de la gestación. De aquí se puede inferir que, si las probabilidades de infección son mayores después del aborto, la difusión microbiana inspira menos temores.

Importante es, á no dudarlo, el conocimiento de las especies microbianas productoras de las infecciones puerperales, pero no lo es menos la del papel que en éstas desempeña el número y grado de virulencia de aquéllas. Está, en efecto, bien demostrado que, á virulencia igual, cuanto mayor es el número, ó á cantidad igual, cuanto mayor es la virulencia, más grave es la infección y más grande su tendencia á la generalización. También debe apreciarse la intervención de las toxinas de la putrefacción (que se producen cuando quedan dentro de la cavidad uterina fragmentos de placenta que se descomponen), pues éstas exaltan la virulencia de los microbios sépticos.

Para demostrar la influencia del número de microorganismos, basta recordar que Watson-Cheyne, inoculando á cuyos, bacilos de la septicemia del ratón con igual grado de virulencia, ha obtenido: con muy poca cantidad, ningún efecto apreciable; con cantidad moderada, abceso en el punto de la inoculación; y con gran cantidad, la muerte rápida del animal sin lesión local apreciable.

El grado de virulencia obra en sentido idéntico, pues Roger, inoculando *estreptococos* de mediana virulencia, determina una placa de erisipela ó un abceso; y con otros muy virulentos ocasiona una infección general con insignificantes manifestaciones locales. Bien sabido es que el grado de virulencia de un microbio se determina por la actividad de su toxina.

Las parturientes, como todo individuo que presenta alguna herida, pueden adolecer de accidentes infecciosos, ya localizados en el aparato genital, ya generalizados en todo el organismo, siempre que agentes sépticos inoculen las heridas puerperales. Estos accidentes infecciosos no son específicos; y si en verdad, su principal agente productor es el *estreptococo piógeno*, con gran frecuencia son aquellas el resultado de asociaciones microbianas. Estos agentes, en la generalidad de los casos, son llevados al aparato genital de la mujer por las manos del personal encargado de la asistencia del parto, por los lienzos, algodones, esponjas, líquidos, etc., que se ponen en contacto con los órganos genitales, ó por los instrumentos empleados, particularmente por los forceps, sondas intra-uterinas, embriotomos, etc. En este caso se trata, por regla general, de hétero-infecciones; pero suele, aunque raramente suceder que la mujer lleva en la parte inferior del canal genital microorganismos patógenos de virulencia aletargada, que ésta se despierte por las condiciones favorables que les proporciona el traumatismo del parto, y que ya en estado de virulencia, infecten las heridas puerperales. En este caso excepcional, nos encontramos frente á infecciones autógenas.

Estos hechos, seguramente bien observados y científicamente comprobados, nos inducen á sostener, que si estamos en condiciones de combatir las infecciones puerperales con muchas probabilidades de buen éxito, cuando son oportunamente diagnosticadas y enérgicamente tratadas, también lo estamos en las de realizar un ideal más benéfico cual es, *el de saberlas evitar preservando así á las mujeres en los momentos más solemnes de su vida, de tan graves cuanto trascendentales enfermedades.* Y ciertamente que nadie negará que el mayor beneficio que las ciencias médicas proporcionan á la humanidad, es el de evitarle los padecimientos que la amenazan, particularmente aquellos que, como las infecciones puerperales, cuando no ocasionan la muerte, dejan tras sí numerosos achaques de larga cuanto difícil curación.

La realización de este elevado ideal se debe á los trabajos de sabios que son á la par benefactores de la humanidad, como Semmelweis, Trousseau, Simpson, Tarnier, Pinard, Lucas Championiere, y muy particularmente á los del gran Pasteur, que al inmortalizar su nombre, hizo avanzar en su siglo á las ciencias médicas

en la fecunda vía de sus progresos; sabios todos ellos, que son honra de la época en que vivieron y acreedores para siempre á nuestra profunda gratitud.

Una vez aceptado el hecho de que las afecciones puerperales son debidas á la penetración en el organismo de la mujer, de microbios sépticos, se deduce claramente que el primer deber del tocólogo, al asistir á una parturiente, es y tiene que ser, el de impedir que esos micro-organismos invadan é infecten el aparato genital; y en el terrible caso de que la infección se haya producido, tratarla enérgicamente por el método más adecuado al caso particular y que esté más en harmonía con el credo científico que adopte. Yo, teniendo la convicción de que el foco inicial reside en la matriz, como ya os lo he manifestado, dirijo mi terapéutica á lograr la completa esterilización de la cavidad uterina y la del conducto cérvico-vagino-vulvar, siempre traumatizado, aunque en grado variable; á asegurar fácil salida, por adecuada canalización, á las secreciones loquiales; á formar una atmósfera favorable á toda la herida puerperal, y finalmente, á favorecer la involución de la matriz y á procurar la eliminación de las toxinas absorbidas por medio de los *emoctuorios* naturales.

En la actualidad, los parteros están divididos en dos bandos opuestos: uno, en el cual militan los autores franceses más caracterizados, acepta que la cavidad vaginal contiene gérmenes patógenos de virulencia aletargada, que puede despertarse al influjo del traumatismo obstétrico, y basado en esta convicción, recomienda la desinfección vaginal durante los trabajos del parto y del puerperio; y el otro, en el que están afiliadas personalidades científicas de la talla de Kronig, considera á la vagina enteramente virgen de bacterias patógenas y aun dotada de propiedades microbicidas, y creen, no sólo inútiles, sino peligrosas las inyecciones vaginales destinadas á procurar la desinfección durante el parto y el período puerperal. Según este grupo, las substancias antisépticas debilitan la acción bactericida de las secreciones vaginales, por cuya causa las creen nocivas.

Yo me adhiero á la opinión del primer bando y creo, con él, que no basta no infectar los órganos genitales de la parturiente, sino que es indispensable desinfectarlos. Podrá suceder ciertamente, que en algunos casos, sea inútil esta desinfección, pero

basta que en otros haya sido necesaria, para que se imponga como un deber del tocólogo. Los resultados que por tal desinfección he obtenido, así en mi práctica de hospital como en mi clientela privada, en las cuales he visto casi desaparecer los puerperios infecciosos, sirven de sólido apoyo á mi elección. Además, he emprendido algunas investigaciones que han confirmado mis convicciones y que han consistido en recoger, antes y después de hacer la desinfección del conducto cérvico-vaginal, con alambre de platino previamente llevado al rojo blanco, secreciones de diversos puntos de la vagina y del orificio externo del cuello del útero, al empezar el trabajo del parto, las que he sembrado.

Las mujeres en quienes practiqué esas investigaciones, no habían sido tocadas antes de recoger las secreciones, pero sí se les había desinfectado cuidadosamente la vulva para evitar que se arrastraran con el alambre los *saprófitos* de la piel, tan abundantes en esta región. En las siembras primeras, es decir, en las hechas con los gérmenes recogidos antes de haber desinfectado la vagina, he observado varias veces *estreptococos* ya aislados, ya asociados á *estafilococos* [doce veces en veinte siembras] ó *estafilococos* y *colibacilos* [dos veces en veinte exámenes] ó *estrectococos*, *estafilococos* y *colibacilos* en un caso. Con frecuencia he encontrado en esas investigaciones *proteus* vulgares. Para las siembras he empleado *caldo peptonado* y placas de *agar*.

En las mismas mujeres de las experiencias anteriores y después que la Sra. Profesora Concepción Fernández, Partera en jefe del servicio de la Maternidad, les había desinfectado cuidadosamente la vagina y el cuello del útero, se repitió la experiencia, y las siembras hechas con las mucosidades y por medio de laminitas hepidérmicas obtenidas por un frotamiento ligero, fueron en veinte veces, catorce negativas, y en seis se desarrollaron colonias micobianas aunque en menor número que en las siembras hechas con secreciones recogidas antes de la desinfección.

Quizá mi poca práctica en este género de investigaciones y el reducido número que de estas he llevado á cabo, pudieran quitar á los resultados que he aducido como fundamento experimental de mis opiniones, un valor real; pero la autorizada opinión de mi distinguido é ilustrado compañero el Sr. Profesor Gaviño, cuya competencia en Bacteriología está plenamente reconocida, vie-

ne en mi ayuda para sostener la utilidad de la desinfección de conducto cérvico-vagino-vulgar durante el parto y el puerperio, pues este hábil Profesor ha emprendido minuciosas y completas investigaciones en la materia, que le han permitido demostrar la existencia de microorganismos patógenos tanto en la vagina como en la parte inferior de la cavidad cervical.

Por indicación mía, mi aventajado discípulo Alfonso Altamirano emprendió una serie de estudios bacteriológicos, de loquios, que empezaron el 24 de Enero y terminaron el 27 de Junio de 1902. Los loquios que se utilizaron provenían de puerperios fisiológicos. El resultado de esos estudios demostró también, la presencia en ellos de *estafilococos*, *estrectococos*, *proteus* vulgar y rara vez *colibácilos*. Las siembras fueron hechas en caldo peptonado, gelatina en placas de Petri y gelosa inclinada. Los exámenes microscópicos fueron hechos en fresco [gota suspendida] y en seco [colonias]. La existencia de los microbios encontrados fué comprobada tanto por su morfología característica al agruparse en colonias, principalmente en las placas de Petri y en el *agar*, cuanto por los exámenes microscópicos.

No solamente yo, sino mis ilustrados compañeros M. Gutiérrez, Zárraga, Noriega, Gallegos, Mejía y Ramírez de Arellano, autoridades formales en Tecología, han visto casi desaparecer en su práctica las infecciones puerperales como un resultado lógico, sin duda, de su heroica lucha contra la invasión de los agentes sépticos en las parturientes confiadas á sus notorias aptitudes. El Profesor Zárraga me refería anoche, que de algunos años á esta parte, no había tenido accidentes puerperales en las numerosas parturientes que ha asistido de su clientela particular, ni había sido consultado por puerperios sépticos de la clientela de algunos de los médicos que antiguamente lo solicitaban para juntas, con tal objeto.

A mi entender, no debe vacilarse en adoptar la desinfección del conducto cérvico-vagino-vulvar, durante el trabajo del parto y en los primeros días del puerperio, hasta que la involución uterina lleve el fondo del útero atrás de la sínfisis del pubis, para lograr poner á las parturientes al abrigo de accidentes infecciosos. La desaparición completa de estos accidentes será una gloria científica conquistada en la aurora del presente siglo, tanto ó más grande y

humanitaria que la alcanzada en la décima nona centuria, con la supresión de la podredumbre de hospital, de la erisipela y de las infecciones en las heridas, alcanzada por la Cirugía moderna. Y quizá ya entre nosotros la veamos realizada en breve, al ser trasladado el servicio de maternidad al pabellón que le corresponda en el Hospital General que está para terminarse, obra ésta, altamente benéfica, emprendida y llevada á cabo por una administración que en múltiple y fecunda labor ha sabido, acudir á todas las necesidades públicas. En efecto, este Hospital está edificándose según las leyes de la Higiene y llenará las exigencias que impone á las sociedades civilizadas la época en que vivimos.

Las precauciones que deben tomarse durante el trabajo de parto, pueden condensarse en los preceptos siguientes: limpieza absoluta de la pieza que ocupe la parturiente y de todo el personal que la rodee, y asepcia efectiva de todo objeto que deba ponerse en contacto con los órganos genitales externos é internos de la misma.

En la casa de maternidad que, como es bien conocido, dista mucho de satisfacer las necesidades de la Ciencia moderna, supuesto que el edificio en que se estableció, por no haber sido construído especialmente para ella, está muy lejos, pero mucho, de llenar las legítimas exigencias de su improvisado destino, he procurado corregir las deficiencias locales, con esmerada limpieza y observancia rigurosa de las leyes de la antisepcia, y los resultados me han sido plenamente favorables, viendo confirmados por la experiencia, las convicciones que os acabo de exponer. En efecto, merced á las referidas precauciones, he conseguido que casi hayan desaparecido los accidentes infecciosos en las mujeres que han parido después de haber sido asiladas en la casa con oportunidad y aun en las que ingresan al iniciarse el parto, siempre que me ha sido posible someterlas á esmerada desinfección. Esta consiste en los cuidados siguientes: baño general tibio, al iniciarse el parto; desocupación del recto por lavado intestinal con solución de diez centígramos de permananato de potasa en mil gramos de agua destilada; desinfección minuciosa [esta última ya en la sala destinada al trabajo] del monte de Venus, de la vulva, perineo, y del canal cérvico-vaginal.

No entraré en grandes y prolijos detalles acerca de la técnica seguida en la desinfección de las regiones aludidas, limitándome

á exponer que se hace en varios tiempos. En el primero se enjabonan y acepillan muy bien las partes exteriores del aparato genital, usando jabon antiséptico y cepillos bien esterilizados, acción mecánica esta última que debe tener una duración de cinco ó más minutos, hasta que se pueda adquirir la certidumbre de haber realizado la limpieza absoluta de la piel y vello de la región, vello á veces muy abundante y que con dificultad se dejan quitar las mujeres, lo que sería preferible. En seguida se enjuagan con solución de bicloruro de mercurio al medio milésimo, se secan las partes lavadas y acepilladas con una compresa aséptica y se frotan y humedecen con un pedazo de gasa esterilizada, empapada en alcohol á 80 grados para quitar la grasa á laminillas hipodérmicas que pudiera haber dejado el lavado anterior y que sirvieren de guarida á bacterias que es importante destruir. Por último, se practica otro lavado con una solución de bicloruro de mercurio al milésimo, para terminar la desinfección de los órganos genitales externos.

En el segundo tiempo, se enjabona la vagina y la porción accesible del cuello de la matriz, frotando, con alguna presión, sus paredes, especialmente los fondos de saco y la entrada de la vagina, con algodón esterilizado, humedecido con solución de bicloruro al medio milésimo é impregnado de polvos de jabón, tomándolo con la extremidad de los dedos índice y medio de la mano derecha y procurando extender los numerosos pliegues que presentan sus paredes para lograr que la esterilización sea completa. Se concluye esta operación irrigando toda la cavidad, con dos litros de solución de sublimado, lavando por segunda vez la vulva y colocando un grueso apósito de algodón salicilado para proteger las regiones desinfectadas. Cuando el trabajo de parto se prolonga, cada cuatro horas se hace otro lavado vulvar é inyección vaginal, y después de la expulsión del feto, se repite el aseo de la vulva y conducto cérvico-vaginal; pero en estos momentos la solución que se emplea es de microcidina al 5 por mil ó de permanganato de potasa al uno por cuatro mil, para evitar la absorción del bicloruro por las numerosas escoriaciones ó desgarraduras que ha dejado en este conducto el paso forzado del feto.

El parto secundino ès, y debe ser, siempre, objeto de especial atención y durante él, se aumenta la observancia de los preceptos de la antisepsia, pues de la buena dirección de este tiempo del par-

to depende, á no dudarlo, el puerperio fisiológico. Para ello se vigila su marcha normal y solamente se interviene cuando alguna complicación hace imposible el desprendimiento de la placenta, su paso por el orificio uterino ó su expulsión de la cavidad vaginal, pero procurando evitar, en lo posible, la introducción de la mano en la matriz.

El procedimiento de Charpentier, que es el que se emplea en la Maternidad, realiza este *desideratum*, observando, como un precepto rigorosísimo é ineludible, *no dejar jamás fragmento alguno de la placenta en la cavidad uterina* para evitar su descomposición, tan favorable al desarrollo de las infecciones por las razones que tengo expuestas.

Terminado el parto secundino, se procede á nuevo aseo vagino-vulvar con solución de *microcidina* ó de permanganato de potasa; á reparar las desgarraduras del perineo ó de la vulva, si se han producido: á proteger la ventana vulvar contra la invasión microbiana con un apósito formado de tres hojas de gasa yodoformada y algodón salicido, apósito que recoge la secreción loquial y que debe ser renovado cada vez que esté muy húmedo.

Las inyecciones intrauterinas sólo se hacen en los casos siguientes: cuando se ha practicado alguna operación para desembarazar á la matriz, cualquiera que hubiere sido; versión por maniobras internas, aplicación de forceps, *basiotripsia*, extracción de placenta, etc., etc.; cuando el feto ha estado muerto dentro de la cavidad uterina: cuando la fuente se ha roto con anticipación y hay temor de que se haya infectado el amnios: en la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero; y, por último, cuando hay alguna producción morbosa en la matriz.

Aunque casi siempre he conseguido la expulsión completa de los anexos por el procedimiento de Charpentier, creo que la extracción por medio de la mano introducida dentro de cavidad uterina, presenta dos indicaciones: cuando hay hemorragia abundante debida al despegamiento parcial de la placenta acompañado de la inercia de la matriz, y en el caso de fuertes adherencias anormales de la placenta.

En este supuesto, si la retracción se ha hecho convenientemente y aun ha sido reforzada por frecuentes asaltos de contractibilidad, habiéndose observado que el fondo de la matriz ha presen-

tado su ascenso normal; y si no obstante estos esfuerzos la placenta no se desprende y el canal cervical empieza á reformarse, es indispensable hacer la completa ó inmediata desocupación de la matriz, con la mano llevada á la cavidad uterina, por ser el recurso más violento.

Realizada la absoluta desocupación de la matriz; asegurada su retractilidad y desinfección así como la reparación y esterilización de los órganos genitales externos, se pone un apósito antiséptico que proteja á estos órganos contra la invasión por gérmenes susceptibles de ocasionar una infección. Se coloca á la parida en condiciones apropiadas á favorecer la involución normal de la matriz, y se le prodigan los cuidados destinados á que se realice un puerperio fisiológico. Estos cuidados consisten en procurarle quietud y el mayor silencio posible para ver si duerme algunas horas y repara sus fuerzas siempre más ó menos agotadas. Si está violenta ó excitada, un gramo de tribromuro de Guigon en una cucharada de agua endulzada, es suficiente para apagar su excitabilidad; y cuando se note depresión ó agotamiento acompañado de debilidad general, basta para levantar las fuerzas, una inyección sub-cutánea de tres milígramos de sulfato ó arseniato de estricnina.

Como el apósito esterilizado que se coloca en la vulva, destinado á filtrar el aire de todo germen patógeno, lo está á la vez para recoger las secreciones loquiales, es prudente recomendar á la enfermera que lo cambie cada vez que se humedezca. También se le debe encargar, que le aseen la vulva con solución de bicloruro al uno por cuatro mil, cada vez que la parturiente orine ó evacue, previa desinfección de las manos.

Todo puerperio debe ser muy vigilado, especialmente durante el primer septenario, visitando á las puérperas á mañana y tarde, cerciorándose en cada visita de la temperatura, número de pulsaciones y caracteres del pulso; del estado del aparato digestivo y del sistema nervioso; del funcionamiento de la piel y de la vejiga; de la marcha de la involución uterina y grado de sensibilidad de la matriz y anexos; de la cantidad, aspecto, olor y coloración del escurrimiento loquial, etc. Los puerperios deben ser observados así, en atención á sus diversos fenómenos, con objeto de conocer en su principio las complicaciones que los alejen de la marcha fisioógica y poder combatirlas con la debida oportunidad.

En la Casa de Maternidad hay dos salas grandes destinadas á la asistencia de puerperios fisiológicos, atendida cada una, por una partera competente, y en ellas hacen la práctica las alumnas que cursan la clínica de obstetricia. Con objeto de que adquieran conocimientos en esta parte de su especialidad y se familiaricen en la práctica de la asepsia, hago que cada una tenga á su cuidado determinado número de puérperas á quienes hacen los aseos, vigilando siempre por la partera, la previa preparación de las soluciones prescritas, esterilización de las cánulas, sondas, algodón, compresas, etc., y la esmerada desinfección de sus manos. Sigue en hoja de observaciones, las anotaciones de temperatura, pulso, etc., con que me da cuenta al pasar diariamente la visita. Así creo haber conseguido mejorar la asistencia de las parturientes, con beneficio de la enseñanza.

Desde el momento en que hay elevación de temperatura y aceleración del pulso, coincidiendo con suspensión de la involución uterina, y permeabilidad del cuello de la matriz, se pasa la paciente al local de infectadas que se compone de cinco piezas, local enteramente separado del servicio destinado á la asistencia de los partos y puerperios fisiológicos. El servicio destinado á las infectadas, está á cargo de un personal competente y enteramente independiente de mi departamento, que como acabo de decir, es el de partos y puerperios normales. Para hacer más provechoso el aislamiento, hay un pabellón compuesto de cinco piezas, separado de las anteriores, á donde se colocan á las puérperas que tienen reacción febril, pero que no presentan signos evidentes de infección, y en donde permanecen hasta que se declara la infección ó se aclara la causa que ha ocasionado la reacción febril, para consignarla al pabellón de infectados, ó devolverla al departamento de puerperios normales.

Como ya lo he manifestado, soy partidario de la antisepsia no únicamente durante el parto, sino aun en el puerperio, especialmente durante el primer septenario, tiempo en que la mucosa uterina se repara lo suficiente, en la porción correspondiente á la caduca útero-placentaria, para asegurar la oclusión de los senos uterinos, y para proteger al órgano de la gestación contra la invasión microbiana. De aquí el que, durante la primera semana, recomiendo que se haga á toda señora que asisto, dos inyecciones vagina-

les al día, previa desocupación del intestino y de la vejiga (esta última únicamente cuando haya retención de orina, lo cual no es muy raro). Considero indispensable estas inyecciones y tengo la íntima convicción de que si son hechas con esmero, muy débil presión, con cánula aséptica, irrigador de limpieza irreprochable y por manos cuidadosamente desinfectadas, no pueden ocasionar algún accidente. Acepto la conclusión del Profesor Tarnier, de ser éste el procedimiento más sencillo y seguro para evitar la infección uterina secundaria debida al ascenso de los microbios de la vagina, á la cavidad uterina.

Las mujeres á quienes se practican con regularidad inyecciones vaginales antisépticas durante el puerperio, presentan el escurrimiento loquial sin mal olor y sin acción corrosiva sobre los órganos genitales; mientras que las paridas á quienes no se les hacen, los loquios son fétidos y determinan eritemas y sensaciones molestas de calor y de ardor en la vulva. Además, las paridas experimentan después de una inyección bien hecha, un gran bienestar que bastaría por sí solo para no omitir medio tan inofensivo de proporcionar una satisfacción á nuestras clientes.

Mas las conclusiones de los estudios bacteriológicos de Kronig, sobre los loquios de las puérperas apiréticas, vienen, en mi sentir en nuestro apoyo. En efecto, Kronig llega á esta doble conclusión:

1ª Posibilidad de ascensión espontánea de los microbios de la vulva á la vagina y de la vagina al útero;

2ª Los loquios tendrían cierta potencia bactericida, pero la secreción vaginal pierde, durante los primeros días del puerperio, la fuerza bactericida para recobrarla en el segundo septenario del puerperio.

Y precisamente en los primeros siete días es cuando los microbios patógonos, eventualmente llegados á la vagina ó que han permanecido allí por no haberse desinfectado este conducto antes del parto, pueden ascender hacia la cavidad de la matriz que aun no se encuentra bien protegida por la organización de la mucosa. ¿Por qué, pués, privarse de la propiedad bactericida de las inyecciones vaginales antisépticas?

Cuál es el antiséptico mejor?......

Evidentemente que no se debe eligir uno solo con exclusión de

los demás, por cierto bien numerosos. Yo empleo en la Maternidad, la microcidina al 5 por mil ó el permanganato de potasa al uno por cuatro mil, durante la primera semana, y prescribo dos inyecciones al día, de dos mil gramos. En el segundo septenario, recomiendo solución de cloruro de sodio al 8 por mil. En mi clientela particular, doy la preferencia á la solución de aniodol al uno por cuatro mil, ó á la microcidina al 5 por mil.

Por lo expuesto se ve, que la manera de realizar la antisepsia inmediatamente antes del parto, durante este acto fisiológico, y en el puerperio, es bien sencilla, pues se limita á un baño general al iniciarse el parto, á desocupar y desinfectar el recto, á desinfectar y sostener aséptico el conducto vulvo-vagino-cervical durante el parto y el puerperio, y á que tanto las manos del médico y partera como todos los objetos que tengan que ponerse en contacto con los órganos genitales de la parturiente, sean escrupulosamente esterilizados.

La desinfección de las manos debe ser objeto de suma atención, pues desde Semelweis hasta Burnn, la generalidad de los autores de todos los países, creen, y creen con justicia, que la mano del partero es el principal medio de transporte de los agentes productores de las infecciones perpuerales. Si, pues, durante el trabajo se hace indispensable practicar el tacto vaginal, jamás hacerlo sin previa desinfección de las manos y del canal genital que debe ser de nuevo aseado al retirar de él el dedo.

La observancia rigurosa de las leyes de la antisepsia, de los preceptos de la higiene y el verdadero aislamiento; he aquí la profilaxis de las infecciones puerperales.

Citaré, en apoyo de estas mis íntimas convicciones, la comparación muy instructiva de Tarnier, correspondiente á tres períodos de su larga práctica.

El primero, que se extiende de 1858 á 1869, y que él llamó, de inacción, la mortalidad fué de 9.31 por 100.

El segundo, que llama de lucha contra el contagio por el aislamiento, va de 1870 á 1880. La mortalidad desciende á 2.32 por 100.

El tercero ó período de antisepsia, de 1881 á 1889: con mortalidad 1.05 por 100.

N. Charles, obra de texto en la Escuela N. de Medicina, dice (en la página 598 del segundo volumen) lo siguiente:

En resumen, se puede decir que, sujetándose á los principios actuales de la Obstetricia, el práctico puede evitar la mayor parte de los peligros del parto ó combatirlos con las mayores probabilidades de éxito. El más grave, la septicemia, es conjurada con certidumbre y, debido al *método antiséptico*, la mujer no tiene que temer esta enfermedad que antiguamente hacía tantas víctimas.

Doy término á este imperfecto trabajo en el cual, con la lealtad que acostumbro, os he expuesto los medios que empleo para evitar las infecciones puerperales, sin la necia presunción de creer que encontraréis en ellos alguna originalidad.

México, enero 21 de 1903.

DR. A. LÓPEZ HERMOSA.

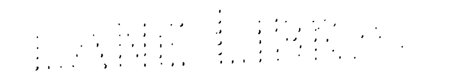
LA HISTERECTOMIA

EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PUERPERALES.

La septicemia puerperal es una infección debida á la inoculación, por los micro-organismos sépticos, de las heridas que ocasiona el paso forzado del feto, al atravesar el canal útero-vagino-vulvar. De estas heridas, determinadas por el traumatismo obstétrico, la más importante y la que generalmente sirve de puerta franca á los agentes piógenos, es la que deja la placenta al desprenderse de la región á que estaba adherida en la superficie interna de la matriz.

Todas las precauciones antisépticas que se deben observar al iniciarse el trabajo del parto, durante la expulsión ó extracción del feto y en el parto secundino, tienen por objeto impedir que el organismo materno sea infectado por los microbios considerados como productores de las infecciones puerperales. Por eso, la falta ó la insuficiencia de antisepsia, ocasiona la infección, que se inicia generalmente en el útero y de allí se extiende por todo el organismo dando paso, ya á la infección localizada en el aparato genital, (peritoneo, ligamentos anchos, trompas, ovarios, tejido celular periuterino); ya á una infección generalizada de pronóstico siempre grave. Aparece generalmente en los primeros días del puerperio, rara vez en período lejano y muy excepcionalmente durante el embarazo.

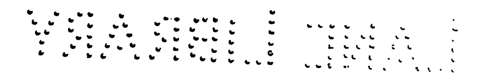
Las formas más graves de septicemia puerperal aparecen en las primeras 72 horas después del parto secundino, época



en que el canal genital representa una extensa herida que se extiende de la vulva y vagina hasta el cuello y cavidad de la matriz. Toda esta superficie cruenta, y muy particularmente la región útero-placentaria, ofrece amplia puerta de entrada á los micro-organismos patógenos, justamente considerados como agentes productores de dichas infecciones.

Desde el punto de vista bioquímico se pueden aceptar dos grandes formas de infecciones puerperales: la toxemia y la infección propiamente dicha. La primera se debe á la penetración en el torrente circulatorio, de las toxinas y toxalbúminas elaboradas por los microbios sépticos, quedando éstos en la capa superficial de la caduca, ya necrosada, y por esta razón en condiciones favorables para su evolución. En esta forma, desde el momento en que la producción de las toxinas llega á suspenderse y que las que circulan en el organismo se eliminan, la infección debe considerarse terminada. La segunda forma, es decir, la verdadera infección, es producida por la penetración en el organismo, de los gérmenes sépticos que en trabajos anteriores he designado. Esta penetración puede efectuarse por la vía linfática ó por la vía venosa: en el primer caso se trata de la septicemia, que como es bien sabido, se presenta con grados de intensidad excesivamente variables, desde los más benignos, como son las vulvitis, vaginitis, cervicitis-úlcero-membranosas, hasta las pelvi-peritonitis y peritonitis generalizadas, de terminación generalmente funesta. En el segundo caso, los gérmenes sépticos pasan directamente á la sangre por medio de los numerosos senos venosos que recorren la herida que deja la placenta al desprenderse, que quedan abiertos y ocasionan procesos trombo-flebíticos de focos localizados ó generalizados y que se revelan por los signos de la piohemia.

Creo necesario recordar que el organismo, una vez invadido por los microbios sépticos que circulan en la sangre, forma antitoxinas destinadas á proteger los glóbulos sanguíneos y las celdillas del organismo infectado, contra la acción tóxica de dichos microbios y de sus toxinas; que de la cantidad y calidad de las antitoxinas depende, á no dudarlo, la victoria ó la derrota del organismo infectado en la lucha em-



peñada por las referidas antitoxinas contra los venenos microbianos.

En las formas ligeras de la infección, las lesiones locales dóminan el proceso patológico y los síntomas generales deben considerarse como reacción ó protesta del organismo contra la causa morbosa.

Pero en las formas graves, como en la endometritis séptica, la pelvi-peritonitis y la peritonitis generalizada, etc., todo el organismo queda profundamente infectado; y esta generalización, que suele evolucionar con prodigiosa rapidez, sin dar á las lesiones locales tiempo para que se desarrollen, las hace pasar inadvertidas, y los síntomas generales dominan la escena patológica.

Se han proyectado clasificaciones bacteriológicas de las manifestaciones de la infección puerperal, pero esas tentativas no han dado, hasta la fecha, resultados positivos. En efecto; está bien demostrado que durante los puerperios normales se pueden encontrar en las secreciones de la cavidad uterina, estreptococos y estafilococos, y lo está también que estos agentes, ya aislados, ya asociados entre sí ó con el colibacilio, el bacilo de la difteria, el neumococo, etc., son los mismos agentes que se encuentran en las infecciones más graves, si bien en estado de virulencia exaltada.

De aquí el que estemos precisados á conformarnos aceptando, no una infección específica, sino infecciones puerperales; que unas son localizadas (la metritis, la anexitis, la perimetritis etc.,) y que otras son generalizadas (la verdadera septicemia, la piohemia y la infección peritonial); que hay infecciones sobreagudas que aparecen en las primeras horas ó en los dos ó tres primeros días del puerperio, de marcha fulminante, y que hay variedades que evolucionan con lentitud y que se prolongan por semanas y aun meses; que hay infecciones que sólo presentan como punto de partida aparente alguna herida del perineo ó de la vagina, una desgarradura de los fondos de saco vaginales ó una ruptura de la matriz; pero que la principal puerta de entrada, para los microorganismos sépticos, la proporciona, en la mayoría de los casos, la herida uterina.

En anteriores Memorias he procurado fundar la profilaxis de estas infecciones y el tratamiento que creo más racional para combatirlas cuando no se haya logrado evitarlas. Pero como lo he indicado, hay casos en que este tratamiento no basta para realizar la desinfección absoluta de la matriz, la que, transformada en foco séptico, vierte sin cesar en el torrente circulatorio, los microbios sépticos en plena actividad evolutiva, que, con sus toxinas, determinan toxi-infecciones que suelen ser mortales. De aquí el que, autorizados cirujanos franceses y americanos, hayan propuesto la histerectomía, como tratamiento de estas formas graves de la infección puerperal.

Este asunto, de trascendental importancia, se ha llevado ante las sociedades de cirugía y de ginecología de París, ante el Congreso de Obtétrica y de Ginecología recientemente verificado en Roma, y ante varias otras sociedades de esta especialidad, tanto del viejo como del Nuevo Mundo. Está actualmente en plena actividad en el cerebro de los más caracterizados ginecólogos, parteros y cirujanos, sin que se llegue á algún acuerdo; pues mientras que algunos, Tissier y Gosset entre ellos, sostienen que esta operación debe practicarse de plano y sin perder tiempo en intentar la desinfección de la cavidad uterina por lavados, legrados, escobillonaje, etc., otros, Tuffier, Segond, Picqué, Demelin y Treub, son más *abstencionistas* y creen que la histerectomía sólo debe practicarse cuando el tratamiento obstétrico haya demostrado su ineficacia, y que, en tal virtud, se la debe considerar como intervención de circunstancias.

Habiéndose ya quitado tantas matrices, algunas quizá sin causa realmente justificada, creo que debemos procurar establecer sobre sólidas bases las verdaderas indicaciones de una mutilación de tamaña trascendencia en la vida genital de la mujer para el tratamiento de las infecciones puerperales, y evitar que con lamentable ligereza y abuso se ensanche el campo de la histerectomía.

Asunto es este muy difícil de resolver; y estas serias dificultades justifican hasta cierto punto la conducta espectante que han observado los directores de las maternidades alema-

nas, italianas é inglesas en espera quizá de que los parteros, y no los cirujanos, sean los que den á conocer los resultados definitivos que hayan obtenido y las verdaderas y completas historias clínicas de los casos en que la hayan practicado.

Empezaré por mencionar que la generalidad de los autores que han tomado parte en las discusiones provocadas recientemente por esta cuestión, están acordes en aceptar la inutilidad de la histerectomía en las infecciones benignas, y que sólo debe considerarse grave una infección puerperal cuando, desde su principio, se revela perniciosa por su aparición intempestiva, por la elevación violenta de la temperatura (á 40 ó 41 centígrados y aun más en las primeras horas), ó por hipotermia, por la frecuencia del pulso (de 130 á 160 pulsaciones por minuto, y á veces mayor número hasta hacerse incontables) y particularmente por signos prematuros de debilidad cardíaca; por acentuado estado de estupor, ó al contrario, por *euforia* con conservación de la inteligencia: por excesiva gravedad de los síntomas generales coincidiendo con pocas manifestaciones locales. He aquí el cuadro sintomático, muy ligeramente bosquejado, que caracteriza las graves infecciones, y si en las infecciones localizadas, es decir, en las metritis, anexitis, perimetritis, así como en las intoxicaciones que tienen como punto de partida una lesión del perineo, de la vagina ó alguna desgarradura de los fondos de saco vaginales, del cuello ó del segmento inferior de la matriz, ningún criterio recto pensaría en practicar la histerectomía, también la creo contraindicada en las formas generalizadas graves, supuesto que, no solamente no se beneficiaría la paciente, sino que se puede asegurar que la conmoción ó choque quirúrgico inherente á esta seria intervención, agotaría las ya debilitadas fuerzas vitales y apresuraría, á no dudarlo, la terminación fatal. En efecto, ¿quién podría sostener que la supresión de la matriz podría en estos casos ejercer alguna influencia favorable en la marcha ó desenlace de la infección?......

En las formas benignas la conducta que debe observarse se impone sin dar lugar á vacilación alguna. Su tratamiento, que pertenece al dominio de la pequeña cirugía obstétrico-ginecológica, consiste en la desinfección minuciosa del conducto

útero-vagino-vulvar, en la modificación ó cauterización de las superficies cruentas y en suturas y canalizaciones apropiadas.

En las infecciones generalizadas graves, sin duda alguna, que se impone además de la desinfección completa de la matriz, la dilución de las toxinas en circulación y la esterilización de los microbios sépticos que infectan el organismo, y este resultado es posible obtenerlo por inyecciones abundantes y repetidas de suero artificial, de adecuadas inyecciones subcutáneas ó intra-venosas de kolargol, etc., tratamiento que la observación clínica, con la irrecusable lógica de los hechos, ha sancionado. Este tratamiento debe ser ayudado por el régimen láctico, por los tónicos apropiados, por la limpieza de la piel y la desinfección intestinal, sin necesidad de recurrir á la histeroctemía. Y no vacilo en sostener que cuando se logra hacer completa desinfección de la matriz con toda oportunidad y sostenerla por cuantas limpias ó barridos (según la técnica que tengo escrita) sean necesarios, con intervalos de seis ó más horas, según la gravedad de la infección, se consigue un resultado favorable en la generalidad de los casos. Los alumnos que asisten á la clínica que tengo á mi cargo, han presenciado éxitos completos en enfermas que, por la suma gravedad en que estaban, parecían próximas á expirar, y las observaciones por ellos recogidas constan en el libro de historia que se lleva en mi servicio. En la actualidad, dos de mis más aventajados discípulos, Ignacio Martínez y Francisco Echeverría, siguen con asiduidad y empeño la observación de infecciones generalizadas graves que les tengo encomendadas, y los resultados que han obtenido hasta la fecha por este tratamiento local y general, han sido enteramente satisfactorios.

No acepto, pues, la opinión de los Sres. Tissier y Gosset que, como ya tengo dicho, aconsejan practicar la histerectomía en estas infecciones graves sin recurrir al tratamiento obstétrico, pues abrigo la íntima convicción de que no se lograría con ella detener la infección, y sí se apresuraría la muerte por el agotamiento propio del choque quirúrgico. Tampoco acepto que el tratamiento uterino se considere como tiempo perdido, supuesto que por tan inofensiva terapéutica se consigue, en más del 90 por ciento de los casos, obtener la

curación siempre que sea empleado con oportunidad y ayudado por el tratamiento general mencionado.

En oposición á Tissier y Gosset, los profesores Demelin y Rochard, admiten la histerectomía en las formas de marcha lenta, las que Siredey, el primero, ha descrito claramente con la denominación de formas flebíticas y que las caracteriza, además de la lentitud de su marcha, la frecuencia y repetición de accesos bajo forma de grandes oscilaciones térmicas seguidas de sudores copiosos.

A mi entender, tampoco en esta forma de la infección está indicada la histerectomía, pues si bien se suprime el principal foco séptico, quedan numerosos gérmenes piógenos en plena actividad evolutiva que, si no han determinado ya focos purulentos bajo forma de abscesos metastáticos en las principales vísceras, articulaciones, etc., pronto los veremos desarrollarse sin que la supresión de la matriz haya podido evitar su formación ni ejercer influencia alguna favorable en su marcha ó terminación. Sin dificultad alguna se concibe que los agentes productores del proceso fleblítico supurado y de la piohemia en general, lejos de ser beneficiados por la supresión de la matriz, la conmoción quirúrgica inherente á tan seria operación, sería el golpe de gracia que apagaría la vida, ya vacilante, de una paciente en tan lamentables condiciones.

En sus interesantes trabajos acerca de la infección puerperal é histerectomía, los Sres. Tuffier, Segond, Piqué, Demelin y Treub, defieden la histerectomía, pero sostienen que esta operación debe sólo admitirse como intervención excepcional.

Yo acepto tan sabia idea y creo con ellos que la histerectomía debe conservarla la terapéutica obstétrico-quirúrgica para determinados casos excepcionales, pues debe tomarse en consideración que las infecciones puerperales son raras en la época actual, que lo serán cada día más, y aun puede sostenerse que están destinadas á desaparecer de la práctica de los parteros familiarizados con la profilaxis de estos importantes accidentes del puerperio; y si recordamos que la rara vez que se presenten pueden ser combatidas eficazmente por un tratamiento racional, fundado en su bien conocida

patogenia sin recurrir á tan grave mutilación, claramente se comprende que sólo en casos muy raros y bien estudiados se debe recurrir á esta terrible intervención.

En comprobación de lo que he dicho acerca del pronóstico actual de tan referidas infecciones puerperales, recordaré que en el servicio del profesor Bar, en el Hospital de San Antonio, la estadística comprobada por Tissier, comprendiendo los casos graves, da un 90 por ciento de curaciones. En los servicios de los profesores Porrak y de Budin, en 345 infecciones graves se registran sólo 15 defunciones.

La estadística de Treub comprende 724 casos con 32 defunciones. En todos los casos á que se refieren estas estadísticas, las curaciones se han obtenido por el tratamiento obstétrico empleado con oportunidad.

Una de las formas más graves de las infecciones puerperales es la peritonitis generalizada, que se debe á la infección de la cerosa peritoneal por los agentes sépticos que emigran de la cavidad uterina. La suma gravedad se determina por la intoxicación de la sangre, la hipertrofia del bazo, la parálisis intestinal y, muy particularmente, el debilitamiento del corazón y el transporte á las demás cavidades serosas de los gérmenes infecciosos.

El principal peligro, desde el momento en que se declara la enfermedad, no se encuentra en el útero sino en la cavidad peritoneal. El exudado seroso ó purulento que allí se forma contiene estreptococos en cultura para que con rapidez invaden toda la cerosa, y la generalización determina comúnmente la muerte de la infectada.

En esta forma tampoco vacilo en sostener que la histerectomía jamás encontrará indicación legítima, supuesto que la substracción de la matriz en nada puede beneficiar á la paciente. La terapéutica que la peritonitis puerperal impone, consiste en luchar contra la infección peritoneal y la toxi-infección generalizada, por la laparotomía seguida del lavado peritoneal, y del tratamiento general ya descrito.

Según Prochownick, la presencia de estreptococos en la sangre es la indicación formal de la histerectomía, supuesto que, sin esta operación, el pronóstico es enteramente fatal.

Este autor asegura que todas las mujeres no operadas, en quienes el examen hematológico ha demostrado la existencia de estreptococos, han muerto, y que las que fueron operadas, curaron. Los casos donde el examen de la sangre ha sido negativo, se han aliviado por el tratamiento obstétrico, no obstante su gravedad, registrándose sólo dos excepciones en que se trataba de peritonitis generalizada y desgarradura uterina.

A ser exacta la afirmación de Prochownick, el problema quedaría enteramente resuelto; pero felizmente su proposición dista mucho de la realidad como lo demuestran los resultados de las investigaciones de Klein y de Petrouschki. Estos observadores, de competencia universalmente reconocida, han encontrado: el primero, en una de sus observaciones, únicamente un estafilococo de poca virulencia para los ratones blancos, y la mujer sucumbe dejando probado que la ausencia de estreptococos en la sangre no excluye el peligro de la infección mortal. En otro caso encuentra estreptococos y estafilococos, y la mujer cura por sólo el tratamiento obstétrico, quedando demostrada la inexactitud de la aseveración de Prochownick, supuesto que la presencia del estreptococo en la sangre no requiere de una manera absoluta la extirpación de la matriz. Petrouschki emprende una serie de investigaciones muy exactas, realizadas en el laboratorio de Koch, las que demuestran hasta la evidencia que la presencia de estreptococos en la sangre de las puérperas infectadas no autoriza á establecer una terminación fatal, y que la ausencia de estos micro-organismos sépticos no da siempre derecho á fundar un pronóstico favorable.

Si el examen bacteriológico de la sangre no nos conduce á algún resultado positivo con relación á fundar sobre base racional la indicación de la histerectomía en las infecciones puerperales, ¿podrá servirnos de brújula el de los loquios?... El examen de las secreciones loquiales se hace en la generalidad de casos que se presentan en las Maternidades, y sus resultados, casi constantes, son la demostración en ellos de los microbios sépticos, bien conocidos como productores de dichas infecciones; y en un gran número de casos, (90 por ciento), estas infecciones se curan sin histerectomía.

La observación diaria nos demuestra que en ciertas formas la curación se obtiene por un tratamiento bastante sencillo. Así, en la infección determinada por los saprofitos de la putrefacción, es decir, en la endometritis pútrida, bastan para realizar la curación lavados copiosos y repetidos de la cavidad intrauterina con solución de licor de Labarraque en agua esterilizada y canalización de la cavidad de la matriz con gasa yodoformada en el intervalo de las inyecciones: medicación tónica y alimentación analéptica son el complemento de este tratamiento local. En la infección por el gonococo, infección que generalmente queda localizada, se realiza la curación por inyecciones intrauterinas de diez á doce litros de solución de permanganato de potasa al uno por dos mil en agua destilada y esterilizada á una temperatura de cuarenta y ocho á cincuenta grados centígrados. Estas inyecciones deben aplicarse cada seis ú ocho horas para obtener en poco tiempo la completa curación, pues el permanganato de potasa es considerado como un poderoso microbicida con relación al gonococo.

En la estreptocoquemia, que es la más grave de las infecciones, así como en las infecciones determinadas por asociaciones microbianas: es decir, en las que se encuentren estreptococos, estafilococos, colibacilos, etc., se obtienen satisfactorios resultados por la desinfección de la cavidad uterina emprendida por barridos y abundantes inyecciones intrauterinas con soluciones de Aniodol, Microcirina, Yodo metálico, Agua oxigenada, etc., á un grado de concentración adecuada, siempre que este tratamiento local se practique con oportunidad y sea secundado por inyecciones subcutáneas y *masivas* de suero artificial, de régimen láctico y de inyecciones intravenosas de kolargol. Este inofensivo tratamiento á la vez que tiende á esterilizar el principal foco séptico como lo es la cavidad uterina, realiza la dilución de las toxinas y facilita su eliminación á la vez que levanta el estado general.

Creo con Regnier que en estas formas generalizadas graves, una intervención tan seria como es la histerectomía, equivaldría á dar el golpe de gracia á la paciente á quien se le practicara.

Rochard ha sostenido recientemente, ante la Sociedad de Cirugía de París, que en todos los casos de infección general grave, que pongan directamente en peligro la vida de la parida, se debe practicar la laparotomía. Según él, esta intervención permite atender á todas las eventualidades que pueden presentarse dentro de la cavidad abdominal, y aconseja practicar la histerctomía siempre que se encuentre el útero infectado y sin haber hecho su regresión normal.

Como se ve, propone en realidad la laparotomía explotadora, pero cuya conclusión forzosa tendría que ser la extirpación de la matriz, supuesto que en la generalidad de los casos de infección puerperal, aun en las formas más benignas, el útero queda en estado de involución; y aceptando su consejo, deberemos extirpar tantas matrices cuantas puerperios infecciosos tengamos que combatir, comportamiento que jamás podría justificarse. Quizá con ella se conseguiría salvar algunas vidas; pero á no dudarlo, tan grave intervención arrebataría muchas más, que tal vez se habrían salvado por sólo el tratamiento obstétrico y sin causar tan graves mutilaciones que dejarían estériles á las enfermas.

Para Freund, la indicación de la histerectomía existe de derecho en la piohemia consecutiva á un aborto, generalmente criminal, provocado sin precauciones antisépticas. El asegura que jamás ha visto curar á ninguna mujer infectada en estas condiciones. Pero sin duda alguna que este caracterizado autor sólo ha tenido ocasión de observar casos desesperados, ya por la intensidad de la virulencia de los microbios sépticos, ó acaso porque sólo han llegado á su poder cuando la enfermedad estaba en su último grado por falta de tratamiento oportuno. En efecto, basta consultar la estadística de Trueb, para convencerse de que la infección consecutiva á abortos criminales, no es de un pronóstico tan fatal. En nuestro país, felizmente, muy poco quehacer nos dan los abortos criminales por ser estos, en verdad, muy raros.

Cartledg dice que la oportunidad de la histerectomía en la verdadera infección puerperal se impone cuando un tratamiento local y general enérgico no ha logrado que cese ni se detenga la progresión de la enfermedad. El tratamiento obs-

tétrico deberá, según él, detener la infección en tres días. Dudo que exista algún partero de mediana práctica que no recuerde haber observado hechos que demuestren la inexactitud de la proposición terminal de Cartledg. Basta haber visitado los pabellones destinados á la asistencia de puerperios infecciosos, para presenciar casos en que el tratamiento obstétrico ha obtenido la curación en mayor tiempo del de tres días que tan arbitrariamente les señala. Como comprobación de esta verdad recordaré la observación de Treub por creerla muy instructiva: la señala con el número 256. Se refiere á una multípara admitida en la clínica al octavo día de puerperio, con calentura desde el segundo y temperatura máxima de 40.2 centígrados. En el momento de su admisión, la temperatura es de 39.9 y el pulso de 144. En los primeros días de tratamiento, la enferma parecía mejorar, pero este alivio fué momentáneo. La temperatura continuó elevándose, el estado general empeoraba y el pronóstico era de tal manera grave, que se decidió Treub á practicar la histerectomía vaginal. Encontró el útero tan reblandecido y deleznable, que no permitía á las pinzas tomarle con alguna fijeza porque se desgarraba á la tracción más insignificante, lo que hacía muy difícil, casimpracticable la operación. El dedo encargado de aislar la vejiga del cuello de la matriz, perforó la pared posterior del receptáculo de la orina. En vista de tantas dificultades, suspende la operación, sutura convenientemente la herida vesical y tapona la vagina con gaza yodoformada. Esta decisión tuvo por objeto no apresurar la muerte de su paciente, á quien creyó perdida. Nueve días después de este mal éxito quirúrgico, que él designa con el nombre gráfico de *aborto operatorio*, la mujer no tenía ya calentura, y sólo una fístula vesical autorizaba su permanencia en el hospital, del que al fín salió enteramente curada tres meses y medio después.

Esta observación debe hacernos muy prudentes en la decisión por lá histerectomía en los casos graves de infección puerperal, y jamás decidir con lamentable ligereza una operación tan trascendental para el porvenir de las mujeres.

Con toda lealtad he expuesto los razonamientos con que pretendo fundar mi inconformidad respecto á las indicaciones

con que actualmente se pretende imponer la histerectomía en el tratamiento de las infecciones puerperales. Réstame ahora señalar cuáles son las que creo verdaderas indicaciones en la terapéutica quirúrgica de tan repetidas infecciones.

1. Infección uterina con retención total ó parcial de la placenta, si todas las tentativas para extraerla por las vías normales han fracasado.

2. En la gangrena de la matriz.

3. En los casos de infección del útero complicada con desgarradura completa de sus paredes.

4. En la infección de matriz fibromatosa si alguno de los fibromas ha llegado á la degeneración pútrida.

5. En la infección de matriz cancerosa.

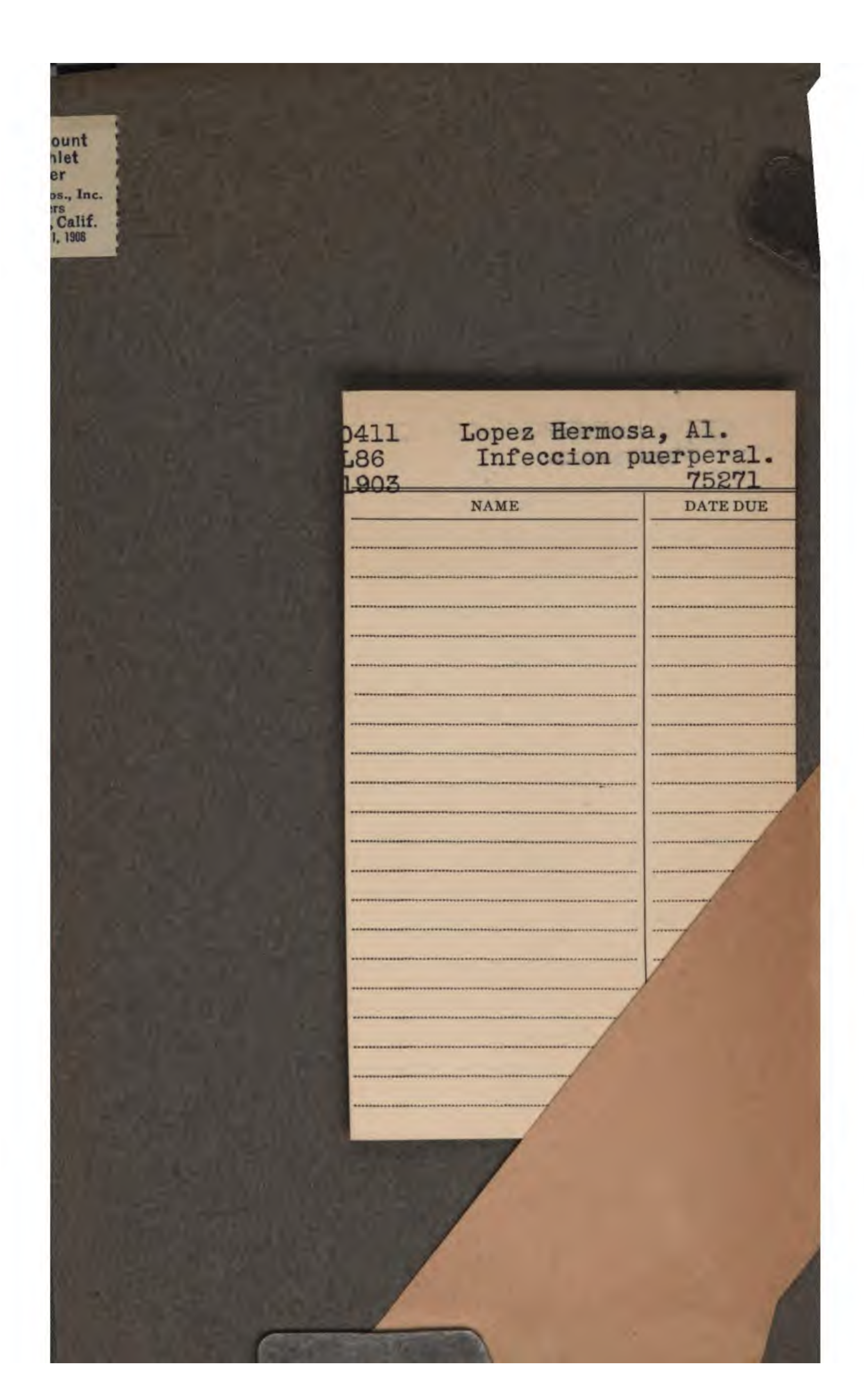
6. En la infiltración purulenta y extensa de las paredes de la matriz.

7. En los casos de infección uterina coincidiendo con mola idatiforme, si las vesículas han disecado el músculo uterino, lo han perforado ó invadido, como lo hacen los neoplasmas malignos.

Al comunicar estas conclusiones, que juzgo irrefutables, á mis ilustrados compañeros y amigos los Sres. Dres. G. Mendizábal y M. F. Gallegos, estos distinguidos profesores las aceptaron absolutamente, pero creen conmigo que, la histerectomía en el tratamiento de las infecciones puerperales, no se apoya aún en bases suficientemente sólidas para sostener que sea la sola, la única indicación salvadora, y convienen asimismo que quizás se presenten algunas otras alteraciones de la matriz, bastante profundas, que autoricen la substracción del órgano de la gestación si se llega á demostrar su inutilidad. De aquí que creamos no sean quizá las que dejo consignadas, las únicas indicaciones que autoricen y sancionen dicha intervención, pero sostenemos *que siempre deberá considerarse como recurso de excepción.*

México, Junio 15 de 1903.

A. López Hermosa.


ount
hlet
er
os., Inc.
rs
, Calif.
1, 1908
0411
L86
1903
Lopez Hermosa, Al.
Infeccion puerperal.
75271
NAME
DATE DUE

